

Г. Э. Бреслав

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ детской и подростковой агрессивности

Учебное пособие для специалистов и дилетантов



Глава 1

АГРЕССИЯ. ПОНЯТИЕ И ВИДЫ

1.1. Определение понятия «Агрессия»

Для начала нужно определить понятия «агрессия» и «агрессивность» и понять, для чего человек снабжен этим механизмом реагирования. Слово «агрессия» *(aggression)* происходит от слова *adgradi* (где *ad*— на, *gradus*— шаг), которое в буквальном смысле означает «двигаться на», «наступать». Ближайшими словами-родственниками этого понятия являются «прогресс» (движение вперед, развитие) и «регресс» (движение назад). В первоначальном смысле «быть агрессивным» означало нечто вроде «двигаться в направлении цели без промедления, без страха и сомнения» (Э. Фромм).

Исследователи агрессии имеют разные точки зрения на то, что она собой представляет, и следует ли ее расценивать как положительное или как отрицательное явление. Как отмечают Р. Бэрон и Д. Ричардсон (2002), сегодня многие авторы сходятся на том, что агрессия — это любая форма поведения, нацеленная на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения. По их мнению, агрессия имеет место тогда, когда результатом действий являются какие-либо негативные последствия. Другие ученые с этим не согласны.

Все мы, естественно, относимся к проявлениям агрессии негативно, однако при этом переносим наше отрицательное отношение *с конкретных проявлений* агрессии на *понятие «агрессия»* в целом. Между тем, это не совсем правильно: как и многие исследователи, хочу отметить, что агрессия — естественное свойство человека, неотъемлемая часть его жизни, а вовсе не социальная или клиническая патология, как считают некоторые.

Наше отрицательное отношение к агрессии вызвано тем, что мы постоянно путаем два понятия — агрессию и насилие. Насилие — не только и не столько проявление биологических поведенческих стереотипов, сколько специфический человеческий феномен: оно выходит за пределы целесообразности и является целевым, осоз-

нанным воздействием на других. Основной мот^в насильственного поведения — самоутверждение за счет другого.

' Напротив, агрессивные тенденции заложен^ в самой природе человека, а радость, получаемая от разрушения и применения насилия, — его первозданное свойство. Страсть человека к разрушению научно описал еще 3. Фрейд: наряду с либидо она является одним из двигателей развития общества. Наивнее люди до сих пор считают, что человек по своей природе добр, а если и проявляет агрессию, то только потому, что так заставляют его складывающиеся социальные условия или особенности воспитания. «Вера в "доброту" человеческой натуры является одной из самых худших иллюзий... в человеке таится особый инстинкт — агрессии и разрушения»[1]. Фрейдовская теория рассматривает агрессивность как деструктивную силу, которая подавляется с помощью Супер-Эго, причем в процессе подавления агрессия поворачивается в сторону своего носителя и выступает у индивида в форме влечения к смерти. Другой представитель психоанализа, А. Адлер, порвавший свои отношения с 3. Фрейдом в том числе из-за разногласий во взглядах на агрессию, видел в ней стремление преодолеть врожденное чувство неполноценности. Также разошелся с Фрейдом во взглядах на агрессивность и ф. Перлз, для которого она представлялась не «импульсом смерти», а «импульсом жизни», необходимым для активной ассимиляции внешнего мира.

К. Лоренц (1970) считает, что влечение к агрессии встроено в психику человека, и для своего проявления ог*а не нуждается во внешней угрозе или внутренней фрустрации. Otfa возникает спонтанно и нуждается в разрядке. Биологическую природу агрессивности, по его мнению, подчеркивают успехи селекционеров, выводящих как агрессивные породы собак, петухов и пр., так и неагрессивные (такие как сенбернар, ньюфаундленд)-

Того же мнения придерживается и Э. ФромМ, отмечая: «Механизм оборонительной агрессии "вмонтирован" в мозг человека и животного и призван сохранять их жизненно важные интересы от угроз... Необходимо строго различать агрессию биологическую, адаптивную, способствующую поддержанию жизни, доброкачественную, от злокачественной агрессии, не связанной с сохранением жизни»[2].

[1] *Фрейд 3.* Введение в психоанализ. М, 1989. С. 364.

I? *Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивное™. №•> 1994. С. 162—163.

Г. Паренс (Parens, 1979, 1997) разделяет два вида агрессии:

1. Недеструктивная агрессия — настойчивое невраждебное самозащитное поведение, направленное на достижение цели. Это врожденный механизм, служащий для адаптации в среде, удовлетворения желаний, достижения целей развития познания и способности положиться на себя. Он начинает работать с момента рождения и побуждает человека к конкуренции в окружающем мире, защите своих прав.
2. Враждебная деструктивность — злобное поведение, неприятие, ненависть, ярость, мстительность. Это тоже разновидность самозащиты, которая активизируется в результате сильных неприятных переживаний (боль, дистресс). Сюда же относится желание причинить боль и удовольствие, получаемое от этого (садизм).

Итак, следует принять, что агрессия в человеке заложена биологически. Это механизм, позволивший homo sapiens в очень давние времена выжить среди более приспособленных и сильных животных. В последующем, решив эти задачи, агрессия не исчезла, а по мере развития человека и образования общества, попала под контроль социальных норм и функций.

Современные психологи выделяют позитивную агрессию, обеспечивающую индивиду, группе или обществу в целом возможность выживания, безопасности и развития, и агрессию негативную, направленную на удовлетворение влечений путем причинения вреда окружающим. Грань между ними бывает иногда весьма тонкой. Так, во многих боевиках мы видим, как положительный герой, добиваясь весьма достойных личных или общественных целей, крушит все вокруг себя и при этом нередко ненароком уничтожает чужую собственность, калечит и убивает невинных людей.

В социальной среде уровень агрессивности определяется степенью социализации и этнокультуральными нормами, требованиями, установками. Общее развитие цивилизации направлено на все большее ограничение агрессии нравственными и социальными рамками. Как считает Х. Хекхаузен (1986), культура задает норму, определяет тип и частоту агрессивных форм поведения. Любая культура декларирует и санкционирует свои специфические нормы и критерии, предопределяя, тем самым, что следует разрешать, что запрещать и что поощрять. Однако, сколько бы ни социализировался человек, уйти от своей биологической природы он не может,

поскольку наделен огромной и устойчивой силой агрессии. Любые человеческие отношения, даже если на первый взгляд они продиктованы позитивными чувствами, такими как любовь, дружба, кооперация, — это всегда более или менее выраженная *борьба* за власть, а, значит, в той или иной степени и проявление агрессии.

Из сказанного понятно, что искоренять проявления агрессии не только бессмысленно, но и вредно. Скорее необходимо добиваться, чтобы они оказывались соразмерными обстоятельствам и социально допустимыми, а также не ограничивали без необходимости права и свободы человека.

Пути социализации агрессии:

- на уровне общественных групп
  - соревновательность вместо вражды,
  - стремление разрешить конфликт вместо попыток уничтожить или подчинить другую сторону;
  - сублимирование негативной энергии сильных эмоций на позитивные цели;
- на уровне отдельного человека
  - осознание и принятие своих переживаний,
  - признание возможности существования различных точек зрения,
  - стремление к диалогу,
  - установка на компромисс и позитивную самореализацию.

1.2. АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И АГРЕССИВНОСТЬ КАК СВОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

В структурированном виде агрессия проявляется в виде агрессивного поведения или агрессивных действий. «Это одна из форм реагирования на различные неблагоприятные в физическом и психологическом отношении жизненные ситуации, вызывающие стресс, фрустрацию и т. п. состояния. Психологически выступает

одним из основных способов решения проблем, связанных с сохранением индивидуальности и тождественности, с защитой и ростом чувства собственной ценности, самооценки, уровня притязаний, а также сохранением и усилением контроля над существенным для субъекта окружением»[1]. Агрессивные действия выступают в качестве:

1. Средства достижения какой-либо значимой цели.
2. Способа психологической разрядки.
3. Способа удовлетворения потребностей в самореализации и самоутверждении.

Агрессивное поведение складывается из трех компонентов: познавательного, эмоционального и волевого. Познавательный компонент заключает в себе понимание ситуации, выделение объекта и обоснование мотива для проявления агрессии. Эмоциональный компонент представляет собой легкое возникновение отрицательных эмоций: гнева, отвращения, презрения, злости. Наконец, волевой компонент — это целеустремленность, настойчивость, решительность и инициативность (качества сами по себе вполне положительные). Степень выраженности компонентов в этой триаде может варьироваться. Все они связаны с физиологическими свойствами личности — темпераментом, интраверсией и экстраверсией и пр.

По форме агрессивные действия могут быть самыми разными. Сюда включаются детские шалости и игры, подростковые споры, драки и конфликты; у взрослых — от таких вполне социально одобряемых форм, как дискуссии, спортивные соревнования, до социальной патологии: войны, убийства, оскорбления, насилия и изнасилования, терроризм и пр.

Среди психологических особенностей, провоцирующих агрессивное поведение, обычно выделяют следующие:

- недостаточное развитие интеллекта;
- сниженная самооценка;
- низкий уровень самоконтроля;
- неразвитость коммуникативных навыков;
- повышенная возбудимость нервной системы вследствие различных причин (травмы, болезни и пр.).

[1] Психологический словарь / Под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерекова. Изд-е 2-е. М., 1997. С. 11. „А

В современной психологии различают понятия «агрессия» и «агрессивность». Первое обычно рассматривают как *отдельные действия, поступки,* второе — как *относительно устойчивое свойство личности,* выражающееся в готовности к агрессии, а также в склонности воспринимать и интерпретировать поведение другого как враждебное. Лонгитюдные исследования показывают, что агрессивность закладывается в детстве, становится устойчивой чертой характера и сохраняется на протяжении всей его дальнейшей жизни (А. И. Захаров, 1982; Г. Крайг, 2001). Можно сказать, что определенные внутренние предпосылки, способствующие проявлению агрессивности, складываются уже в дошкольном возрасте.

1.3. Классификации агрессии

Основные отечественные руководства и справочники определяют агрессию как явление непременно негативное:

«Агрессия — чувство враждебности или злобность, мысли или действия по отношению к какому-либо объекту или человеку»[1].

«Агрессия — мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения, приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (состояние напряженности, страха, подавленности)»[2].

В то же время среди зарубежных ученых существуют различные виды классификаций, в которых агрессия определяется не столь однозначно и одиозно. Большинство исследователей предлагает дихотомический способ деления. В качестве одного из полюсов большинство из них выделяет инструментальную агрессию — поведение, при котором агрессия является только средством и направлена на достижение какой-либо цели, получение результата, а не нанесение вреда. Такой вид агрессии выделяют Р. Бэрон и Д. Ричардсон (2002), К. Додж и Дж. Койе (Dodge, Coie, 1987). Агрессия второго вида обычно определяется как враждебная — это ответ на реальную, предполагаемую или вымышленную угрозу для преднамеренного причинения вреда.

[1] Клиническая психиатрия / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М, 1999. С. 34.

[2] Психологический словарь / Под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерекова. Изд. 2-е. М., 1997. С. 10.

Более целесообразными представляются классификации, построенные не на основе деления на группы, лежащие в одной плоскости, а согласно многоосевому принципу. Например, Э. Басе (Buss, 1976) предлагает концептуальную рамку, включающую три оси: физическая — вербальная, активная — пассивная, прямая — непрямая.

Учитывая все вышеназванные аспекты, можно предложить следующую классификацию видов агрессии (см. также рис. 1):

<table>
<tr><td>Разделение по направленности на объект</td><td>Гетероагрессия - направленность на окружающих: убийства, изнасилования, нанесение побоев, угрозы, оскорбления, ненормативная лексика и т. д.</td><td colspan="2">Аутоагрессия - направленность на себя: самоуничижение вплоть до самоубийства, саморазрушающее поведение, психосоматические заболевания</td></tr>
<tr><td>Разделение по причине появления</td><td>Реактивная агрессия - представляет собой ответную реакцию на какой-то внешний раздражитель (ссора, конфликт и пр.)</td><td colspan="2">Спонтанная агрессия - появляется без видимой причины, обычно под влиянием каких-то внутренних импульсов (накопление отрицательных эмоций, неспровоцированная агрессия при психических заболеваниях)</td></tr>
<tr><td>Разделение по целенаправленности</td><td>Инструментальная агрессия - совершается как средство достижения результата: спортсмен, добивающийся победы, стоматолог, удаляющий больной зуб, ребенок, громко требующий от матери, чтобы она купила ему игрушку и пр.</td><td colspan="2">Целевая (мотивационная) агрессия - выступает как заранее спланированное действие, цель которого - нанесение вреда или ущерба объекту: школьник, который обиделся на одноклассника и избил его, мужчина, специально нецензурно бранящий жену и пр.</td></tr>
<tr><td>Разделение по открытости проявлений</td><td>Прямая агрессия - направляется непосредственно на объект, вызывающий раздражение,тревогу или возбуждение: открытое хамство, применение физической силы или угрозы расправы и пр.</td><td colspan="2">Косвенная агрессия - обращается на объекты, непосредственно не вызывающие возбуждения и раздражения, но более удобные для проявления агрессии (они доступны и проявление агрессии в их адрес безопасно): отец, придя с работы «не в духе», срывает злость на всей семье, непонятно за что; мать после конфликта с соседкой начинает практически без повода кричать на ребенка и пр.</td></tr>
<tr><td>Разделение по форме проявления</td><td>Вербальная - выражена в словесной форме: угрозы, оскорбления, содержание которых прямо говорит о наличии отрицательных эмоций и возможности нанесения морального и материального ущерба противнику</td><td>Экспрессивная - проявляется невербальными средствами: жестами, мимикой, интонацией голоса и пр. В таких случаях человек делает угрожающую гримасу, машет кулаком или грозит пальцем в сторону противника, громко извергает ненормативную лексику</td><td>Физическая - прямое применение силы для нанесения морального и физического ущерба противнику</td></tr>
</table>

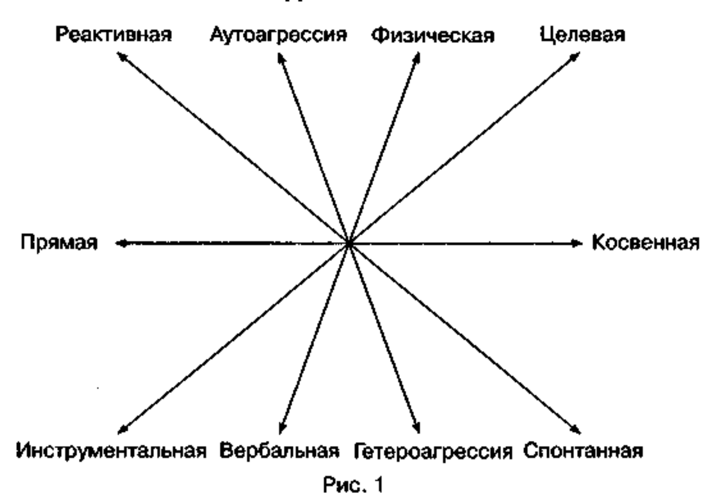


Рис. 1

„Такая классификация имеет практическую ценность, поскольку человек обычно проявляет сразу несколько видов агрессии, причем они постоянно меняются, переходя друг в друга.

Анализ видов агрессии удобно представить на следующем примере.

Подросток 13 лет утром, после конфликта с отцом, приходит в школу в раздраженном состоянии, крайне недовольный собой. Он кричит на соседку по парте за то, что та не дает ему списать домашнее задание по математике, и угрожает ей побоями. Во время урока, когда учительница делает ему замечание, он огрызается, грубит, затем, сев на свое место, недовольно ворчит, с остервенением рвет лист бумаги, вырванный зачем-то из тетради. На перемене он бегает, громко кричит, угрозами заставляет товарища поделиться с ним пирожком, замахивается на девочек, которые хихикают, глядя на его «подвиги», нецензурно бранится. На другой перемене ломает швабру, стоящую в углу возле шкафа, переворачивает урну с мусором, а после уроков, уже в вестибюле, догоняет соседку по парте и больно дергает ее за косу — за то, что не дала утром списать.

В приведенном примере можно выделить следующие виды агрессии, переходящие друг в друга:

События	Виды агрессии
После конфликта с отцом приходит в школу в раздраженном состоянии, недовольный собой	Реактивная аутоагрессия
Кричит на соседку по парте за то, что та не дает ему списать домашнее задание по математике и угрожает ей побоями	Прямая вербальная реактивная инструментальная гетероагрессия, а также это еще и возможность разрядить предыдущую

События	Виды агрессии
Во время урока, в адрес учительницы: огрызается, грубит, затем, сев на место, громко ворчит, с остервенением рвет лист бумаги	Прямая вербальная реактивная гетероагрессия, затем косвенная физическая
На перемене он бегает, громко кричит, нецензурно бранится	Прямая спонтанная вербальная гетероагрессия
Угрозами заставляет товарища поделиться с ним пирожком	Прямая спонтанная инструментальная вербальная и экспрессивная гетероагрессия
Замахивается на девочек	Прямая реактивная экспрессивная целевая гетероагрессия
Ломает швабру, стоящую в углу возле шкафа, переворачивает урну с мусором	Косвенная спонтанная физическая гетероагрессия (опять возможен механизм разрядки эмоций)
После уроков, больно дергает за косу соседку по парте	Прямая целевая реактивная физическая гетероагрессия

Простой подсчет показывает, что наш подросток проявляет преимущественно прямую реактивную вербальную и физическую гетероагрессию, то есть реагирует на окружающую обстановку преимущественно словами самым непосредственным образом.

1.4. Патологические формы агрессивного поведения

Агрессивное поведение отмечается в случае целого ряда нервных и психических расстройств. Оно встречается у больных шизофренией, эпилепсией, при органических поражениях головного мозга вследствие травм, менингита, энцефалита и пр. Нередко агрессивность проявляют также больные неврастенией (на гиперстенической фазе заболевания), психосоматическими заболеваниями (чаще всего — при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки). Кроме того, она присуща людям с возбудимой и эпилептоидной психопатиями.

Существует ошибочное мнение, что агрессия больше свойственна душевнобольным людям, чем здоровым — на самом деле это не так. Для подтверждения можно привести тот факт, что только у 12% молодых людей, совершивших агрессивные поступки и направленных на судебно-психиатрическую экспертизу, было установлено психическое заболевание. Причем лишь в половине этих случаев

агрессия была проявлением психоза, у остальных имели место неадекватные агрессивные реакции душевнобольных на психологически понятные причины. Фактически здесь отмечалось не проявление психопатологии, а только гипертрофированная реакция на обстоятельства у лиц с изменениями личности.

Патологические формы агрессивного поведения могут иметь следующие свойства, они:

- неадекватны ситуации, иногда необычны и вычурны;
- могут длительно сохраняться или многократно повторяться;
- чрезмерно выражены (например, носят брутальный характер);
- представляют реальную опасность для самой личности или окружающих людей;
- не вызывают переживаний или раскаяния у человека, их проявляющего;
- неконтролируемы (человек не способен управлять своими действиями)[1].

Все эти свойства обычно встречаются в разных сочетаниях.

Этиологическими факторами патологического агрессивного Поведения у детей являются[2]:

1. Дисгармоничное воспитание.
2. Безнадзорность.
3. Пример агрессивного поведения в ближайшем окружении ребенка/подростка.
4. Травматический опыт насилия (морального, физического, сексуального) в семье или вне семьи.
5. Стресс и фрустрация базовых потребностей ребенка/подростка.
6. Социальная неуспешность ребенка, его непопулярность среди сверстников.
7. Врожденные физические аномалии.
8. Хронические соматические заболевания.
9. Органические заболевания и иные поражения головного мозга.
10. Нарушения интеллектуального развития.

[1] Формы и методы профилактики детской и подростковой агрессии / Под ред. Н. М. Платоновой. СПб., 2003. С. 162.

[2] Там же. С. 174.

11. Неврозы и невротическое развитие.
12. Поведенческие расстройства детского и подросткового возраста.
13. Эмоциональные расстройства.
14. Посттравматическое стрессовое расстройство.
15. Психопатическое развитие и личностные расстройства.
16. Психотические состояния.

Для чисто практических целей специалистам целесообразно дифференцировать две разновидности *патологической агрессии:* психотическую и поведенческую.

Психотическая агрессия обычно протекает в виде яростных разрядов агрессии с потерей контроля над своими действиями и немотивированными колебаниями настроения. Она часто сопровождается нарушениями влечений (жестокость, повышенная сексуальность, алкоголизация) и заметными соматовегетативными нарушениями.

Психотическая агрессия возникает вследствие патологии различных сфер психики: при нарушениях восприятия (галлюцинации), мышления (бред, сверхценные идеи), настроения (тревога, дисфория), влечений (импульсивность, садизм). Обычно эти виды патологии сочетаются. Ю. Н. Стаценко (1989) выделяет следующие группы патологической агрессии:

1. Агрессивное поведение с изменениями в эмоциональной сфере и возникновением аффективных реакций.
2. Агрессивное поведение при наличии сверхценных и бредовых идей (в основном, идей преследования, отношения, ущерба).
3. Садистическая агрессия, как результат нарушения сферы влечений, сопровождается положительными эмоциями при нанесении боли и страданий другому человеку.

Поведенческая агрессия встречается, в основном, при неврозах и психопатиях, неврозо- и психопатоподобных состояниях в рамках других заболеваний и связана с личностными чертами человека. К. С. Лебединская с соавт. (1988) считает, что непсихотическая агрессия, в отличие от психотической, протекает в виде различных нестойких поведенческих и аффективных расстройств. При этом последние имеют какую-либо мотивировку колебаний настроения, аффективные вспышки непродолжительны, и к ним нередко по-

является критическое отношение. Такое агрессивное поведение появляется во многом из-за отсутствия морально-этических норм по причине низкой культуры или недостатков воспитания. Алкоголизация и наркотизация могут облегчать проявление агрессии, снимая психологические и этические барьеры.

Однако четкое дихотомическое разделение — психотическая агрессия у душевнобольных, поведенческая — у невротиков и психопатов — невозможно. Поведенческая агрессия может появиться и у душевнобольного с психопатоподобными или специфическими изменениями личности в виде реакции на какую-либо ситуацию. А у психопатических личностей в период декомпенсации может появляться психотический вариант агрессивного поведения в составе синдромов тревоги, дисфории и пр. Схематически это представлено на рис. 2.

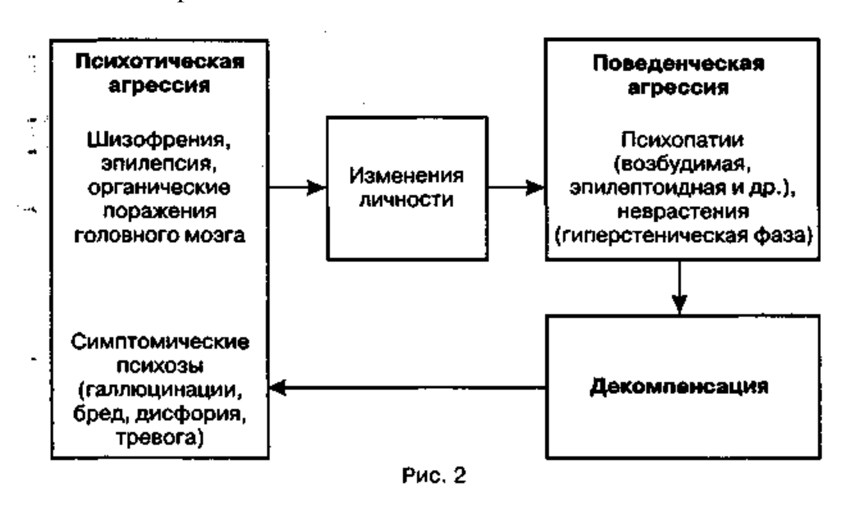


Рис. 2

Патологическое агрессивное поведение в детском возрасте оказывается наиболее тесно связанным с расстройствами поведения, эмоциональными нарушениями и гиперактивностью. Оно встречается при таких психических расстройствах, как детский аутизм, олигофрения, шизофрения, органические психозы, хотя и не является специфичным, обязательным для этих заболеваний. В большинстве случаев агрессивное поведение носит вторичный характер, то есть возникает вследствие негативной реакции окружающих на ребенка и его проблемы.

Чрезмерно агрессивное поведение детей и подростков может расцениваться как отдельное поведенческое расстройство. Для такого расстройства характерна устойчивая склонность к насилию и действиям, однозначно запрещенным в обществе.

При наличии общих признаков расстройство поведения может иметь различные формы. МКБ-10[1] определяет четыре основные формы поведенческого расстройства детского и подросткового возраста, ведущими проявлениями которых может быть агрессивность:

1. F-91.0. Расстройство поведения, ограничивающееся только семейным окружением.
2. F-91.1. Расстройство поведения на фоне плохих взаимоотношений с группой сверстников, отвержения и изоляции (несоциализированное расстройство поведения).
3. F-91.2. Расстройство поведения на фоне нормальных отношений со сверстниками, проявляющееся в различных ситуациях — дома и вне семейного окружения (социализированное расстройство поведения).
4. F-91.3. Оппозиционно-вызывающее поведение, не согласующееся с уровнем развития и ведущее к выраженной дезадаптации.

Поведенческие расстройства диагностируются в том случае, когда имеет место повторяющееся и стойкое поведение, при котором нарушаются или основные права других людей, или важнейшие соответствующие возрасту нормы и правила. Такое поведение наблюдается по меньшей мере шесть месяцев и включает следующие общие критерии (симптомы)[2]:

1. Ребенок/подросток проявляет для своего возраста необычно частые или тяжелые вспышки гнева.
2. Часто спорит со взрослыми.
3. Часто активно отказывается выполнять требования взрослых или нарушает их правила.
4. Намеренно делает вещи, которые досаждают другим людям.
5. Часто обвиняет других в своих ошибках или поведении.
6. Часто обидчив или ему легко досадить.

[1] Международная классификация болезней 10-го пересмотра, принятая в России.

[2] МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева. С. 190.

7. Часто сердится или негодует.
8. Часто злобен или мстителен.
9. Часто обманывает или нарушает обещания для получения выгоды или уклонения от обязательств.
10. Часто затевает драки (сюда не относятся драки с сибсами — братьями и сестрами).
11. Использует оружие, которое способно причинить серьезный физический вред другим людям (например, клюшку, кирпич, разбитую бутылку, нож).
12. Проявляет физическую жестокость по отношению к другим людям или животным (например, связывает жертву, наносит ей порезы, ожоги).
13. Преднамеренно разрушает чужую собственность, проникает в чужие дома и автомобили, разводит огонь с намерением причинить серьезный ущерб.
14. Совершает преступления на виду у жертвы (включая выхватывание кошельков, вырывание сумок).
15. Принуждает другого к половой деятельности.

Расстройство поведения диагностируется только в том случае, если оно не отвечает критериям других расстройств, таких как диссоциальное расстройство личности, шизофрения, маниакальный эпизод, гиперкинетическое расстройство, депрессивный эпизод, эмоциональное расстройство.

В других случаях агрессивное поведение не выступает в качестве недущей проблемы, но может периодически проявляться в качестве сопутствующего признака психического расстройства. Агрессия в форме вспыльчивости, раздражительности, дисфоричности часто мходит в состав таких расстройств, как тревога, депрессия, ипохондричность, обсессивность, гиперкинетический синдром.

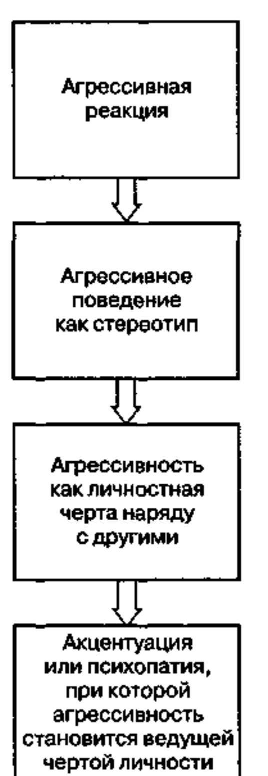
Таким образом, патологическое агрессивное поведение может быть маркером психических и поведенческих расстройств. В каждом отдельном случае оно требует наблюдения и специальной оценки.

В подростковом возрасте к индивидуально-типологическому и/или психопатологическому факторам агрессивного поведения присоединяется кризисно-возрастной. Кризисная ситуация развития потенцирует различные психопатологические проявления агрессии, которая характерна для подросткового возраста. В дина-

мике агрессивного и насильственного поведения данного возраста ведущую роль приписывают следующим расстройствам:

- аффективные расстройства или расстройства настроения (депрессия, дистимия, тревога и страхи);
- расстройства влечений;
- психопатическое развитие личности.

Механизм образования этих аномалий личности обычный.



Психопатическое развитие характеризуется появляющимися в раннем возрасте аномалиями характера. Причем нежелательные качества относительно устойчивы в течение последующей жизни, они проявляются тотально (в различных сферах жизни) и достигают степени, нарушающей социальную адаптацию личности.

После 18 лет агрессивное поведение может расцениваться уже как симптом личностного расстройства. Диагностические критерии личностных расстройств представлены в DSM-IV (американская классификация психических, поведенческих и личностных расстройств) и в МКБ-10.

Выделяются следующие личностные расстройства, для которых характерно агрессивное поведение: параноидное, антисоциальное, пограничное, нарциссическое и пассивно-агрессивное. Они начинаются в детском и подростковом возрасте, характеризуются стабильностью и длительностью и затрагивают не одну, а несколько основных сфер личностного функционирования: когнитивную, эмоциональную, поведенческую, межличностную и т. д. Личностные расстройства приводят к снижению адаптивных возможностей, в связи с чем ребенок испытывает дистресс.

Рекомендуемая литература

I Агрессия детей и подростков / Под ред. Н. М. Платоновой. СПб., 2004. 316 с.
2. Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостакович. М., 2002. 464 с.
3. *Басе А. Г.* Психология агрессии // Вопросы психологии. 1967. № 3. С. 60-67.
4. *БерковицЛ.* Агрессия: Причины, последствия и контроль. М., 2002. 512 с.
5. *Борон Р.* Агрессия. СПб., 2002.
6. *Бэрон Р., Ричардсон Д.* Агрессия. СПб., 2000. 720 с.
7. *Гурьева В. А., Семке В. Я,, Гиндикин В. Я.* Психопатология подросткового возраста (теоретический, клинический и судебно-психиатрический аспекты). Томск, 1994.310 с.
K, *Лоренц К.* Агрессия (так называемое зло) // Вопросы философии. 1992. № 3.

Глава 2

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ АГРЕССИВНОСТИ

Многие века ребенка рассматривали как взрослого, только небольшого, слабого и не имеющего прав, детям даже шили те же вещи, что и взрослым, только меньшего размера. О специфике детской психики заговорили после романов Диккенса — сначала в плоскости литературы, причем дети представлялись сущими ангелами: кроткими, добрыми, несчастными. А используя научный подход психологию детского возраста стали серьезно изучать в основном после работ 3. Фрейда, доказавшего влияние событий, происшедших в детстве, на всю дальнейшую судьбу человека.

Довольно быстро стало понятно, что дети являются ангелами не больше, чем взрослые, и агрессивность им присуща в полной мере. Согласно многочисленным исследованиям, сейчас проявления детской агрессивности являются одной из наиболее распространенных форм нарушения поведения, с которыми приходится иметь дело взрослым — родителям и специалистам (воспитателям, психологам, психотерапевтам). Сюда относятся вспышки раздражительности, непослушание, избыточная активность, драчливость, жестокость (М. И. Лисина, 1997 и другие авторы). У подавляющего большинства детей наблюдается прямая и косвенная вербальная агрессия — от жалоб и агрессивных фантазий («Сейчас придет Бабай и тебя заберет!»), до прямых оскорблений и угроз («Ты — уродина», «Ну и дурак ты!», «Сейчас какдам больно!»). У многих детей отмечаются случаи смешанной физической агрессии — как косвенной (разрушение чужих игрушек, порча одежды сверстника, лежащей возле его постели и пр.), так и прямой (дети бьют сверстников кулаком по голове или лицу, кусаются, плюются и т. п.). Такое агрессивное поведение всегда инициативно, активно, а иногда и опасно для окружающих, и потому требует грамотной коррекции.

Основными причинами проявлений детской агрессивности являются:

- стремление привлечь к себе внимание сверстников;
- стремление получить желанный результат;

- стремление быть главным;
- защита и месть;
- желание ущемить достоинство другого с целью подчеркнуть свое превосходство.

Согласно Г. Паренсу[1], следует считать, что у детей, как и у взрослых, существует две формы проявления агрессии: недеструктивная агрессивность и враждебная деструктивность. Первая — механизм удовлетворения желания, достижения цели и способности к адаптации. Она побуждает ребенка к конкуренции в окружающем мире, защите своих прав и интересов и служит для развития познания и способности положиться на себя.

Вторая — не просто злобное и враждебное поведение, но и желание причинить боль, получить удовольствие от этого. Результатом такого поведения обычно бывают конфликты, становление агрессивности как черты личности и снижение адаптивных возможностей ребенка. Деструктивность агрессии дети начинают чувствовать уже в раннем возрасте и стараются управлять ею. Однако у некоторых детей она, вероятно, запрограммирована биологически и проявляется с первых дней жизни: ее простейшим выражением являются реакции ярости и гнева. Генетически агрессивность связана с Y-хромосомами: ученые установили, что она особенно присуща мальчикам, имеющим при некоторых генетических аберрациях такую дополнительную хромосому.

Среди психологических особенностей, провоцирующих агрессивное поведение детей, обычно выделяют:

- недостаточное развитие интеллекта и коммуникативных навыков;
- сниженный уровень саморегуляции;
- неразвитость игровой деятельности;
- сниженную самооценку;
- нарушения в отношениях со сверстниками.

Следует подчеркнуть, что в большинстве случаев агрессивные действия детей дошкольного возраста (особенно совсем маленьких)

[1] *Паренс Г.* Агрессия наших детей. М., 1997. С. 12.

имеют недеструктивный инструментальный или реактивный характер. Проявления агрессивного поведения чаще наблюдаются в ситуациях защиты своих интересов и отстаивания своего превосходства, когда агрессия используется как средство достижения определенной цели. И максимальное удовлетворение дети получают при получении желанного результата — будь то внимание сверстников или привлекательная игрушка, — после чего агрессивные действия прекращаются.

И. А. Фурманов (1996) делит агрессивное поведение детей на две формы, сходные с поведенческой и психотической:

А. *Социализированная*. Дети обычно не имеют психических нарушений, у них низкий моральный и волевой уровень регуляции поведения, нравственная нестабильность, игнорирование социальных норм, слабый самоконтроль. Они обычно используют агрессию для привлечения внимания, чрезвычайно ярко выражают свои агрессивные эмоции (кричат, громко ругаются, разбрасывают вещи). Такое поведение направлено на получение эмоционального отклика от других или отражает стремление к контактам со сверстниками. Добившись внимания партнеров, они успокаиваются и прекращают свои вызывающие действия. У этих детей агрессивные акты мимолетны, обусловлены обстоятельствами и не отличаются особой жестокостью. Агрессия носит непроизвольный, непосредственный характер, враждебные действия быстро сменяются дружелюбными, а выпады против сверстников — готовностью сотрудничать с ними. Ребята обычно используют физическую агрессию (прямую или косвенную), поступки отличаются ситуативностью, наиболее яркие эмоции наблюдаются в момент самих действий и быстро угасают. Такие дошкольники имеют весьма невысокий статус в группе сверстников — их не замечают, не принимают всерьез либо избегают. Наиболее яркая характеристика, которую им дают сверстники: «Во все вмешиваются, кричат, бегают, все портят и всем мешают». Поведение похоже на проявления гиперкинетического синдрома, только более целенаправленно и агрессивно.

Б. *Несоциализированная*. Дети обычно страдают какими-нибудь психическими расстройствами (эпилепсия, шизофрения, органическое поражение головного мозга) с негативными эмоциональными состояниями (тревога, страх, дисфория). Отрицательные эмоции и сопровождающая их враждебность могут возникать спон-

тан но, а могут быть реакцией на психотравмирующую или стрессовую ситуацию. Личностными чертами таких детей являются высокая тревожность, эмоциональное напряжение, склонность к возбуждению и импульсивному поведению. Внешне это проявляется чаще всего прямой вербальной и физической агрессией. Эти ребята не пытаются искать сотрудничества со сверстниками, часто сами не могут внятно объяснить причины своих поступков. Обычно агрессивными действиями они либо просто разряжают накопившееся эмоциональное напряжение, либо получают удовольствие от причинения неприятностей другим.

Особенности агрессии детей и подростков (Ю. Б. Можгинский, 1999):

1. Жертвами агрессии становятся близкие люди — родные, друзья и пр. Это своего рода феномен «самоотрицания», поскольку такие действия направлены на разрыв кровных связей — жизненной основы существования человека.
2. Далеко не все агрессивные дети воспитываются в неблагополучных семьях, многие, наоборот, имеют весьма состоятельных и заботливых родителей.
3. Агрессия часто возникает без реального повода.

Одной из самых больших и распространенных ошибок взрослых (даже специалистов — в основном, педагогов) является стремление подавлять всяческие проявления детской агрессивности. Большинство взрослых отождествляют агрессию с насилием и стараются запрещать игры и фантазии с проявлениями враждебности, относя их к разряду патологии. Дети, которых регулярно за это наказывают, тоже начинают считать такие мысли, эмоции и действия опасными и/или недостойными и затормаживают, подавляют их, со всеми вытекающими неприятными последствиями. Почему-то большинство воспитателей считает, что подавление агрессивных проявлений приведет к установлению в группе (классе) обстановки дружелюбия и уравновешенности. К сожалению, это не просто совершенно неверно, но даже опасно: подавленная агрессия не исчезает, а накапливается в Бессознательном ребенка. И один отнюдь не прекрасный день она вырывается наружу в виде

яростного взрыва, причем обычно достается людям невиновным. При этом детская агрессивность вызывает встречную афессию у взрослых и сверстников и образуется порочный круг, выбраться из которого без помощи специалиста участники часто не могут.

Предвижу возмущенные возгласы многих педагогов: «Так что ж, давать им друг друга колотить почем зря?» Отвечаю: «Уважаемые, к чему такая примитивная дихотомия — либо давить, либо распускать?»

Что касается родителей, то очень часто требования вести себя тихо, не шуметь и не прыгать, отражает не заботу о ребенке, а только их собственные проблемы: усталость, повышенную нервозность и тревогу, которые усиливаются под действием детского гама и суматохи. И в таких случаях родителю (бабушке, воспитателю) лучше честно признаться в этом сначала самому себе. А потом довести до детей в прямой и понятной для них форме («мама устала», «у бабушки болит голова» и т. п.), а не рационализировать, прячась за маску беспокойства о ребенке.

Пуританское воспитание приводит к тему, что дети перестают (вернее, не научаются) проводить необходимую фань между допустимым проявлением агрессии и непозволительным — у них не хватает практики. Наверно, у каждого из на" в детстве был печальный, но полезный опыт, когда мы весьма сильно били кого-либо из сверстников (часто «превышая пределы необходимой самообороны»). Реакция родителей и других взрослых тогда, да и собственный страх от содеянного, явились ценным вкладом в наше развитие и научили в дальнейшем соизмерять силу своей агрессии.

2.1. Формирование детской агрессивности

В первые годы жизнь ребенка всецело зависит от родителей, особенно матери: именно она дает ему еду, защиту, обслуживает и согревает чувством любви и принятия. В этот период, больше, чем в любой другой, он ищет родительского внимания и одобрения своего поведения. Проявления агрессивности являются одним из механизмов привлечения внимания и способом добиться своих целей. Поэтому первые проявления агрессивности видны у ребенка уже на третьем месяце его жизни: он бьет ручками, стучит ножками, хватает любые лежащие в пределах досягаемости предметы. Эта

активность носит чисто инструментальный характер, выступая средством достижения желаемого, как возможность обратить на себя внимание и избавиться от чего-либо неприятного, мешающего.

Многое зависит от реакции взрослых: они могут мгновенно выполнять все требования родного чада (особенно тревожные и неуверенные в себе мамы и бабушки), а могут и не обращать на него внимания. Интересно, что обе эти дороги приведут к одному результату — ребенок вырастет чрезвычайно агрессивным.

Первый вариант воспитания агрессивности: чрезмерно предупредительные родители. Постоянно добиваясь нужного результата с помощью агрессии, ребенок вырабатывает стереотип агрессивного поведения. При малейшем промедлении в выполнении его желаний он начинает кричать, топать ногами и проявлять другие формы вербальной, экспрессивной и, вполне вероятно, физической агрессии. Подобное развитие событий особенно вероятно при соответствующей врожденной физиологической базе (холерический темперамент) или социальном научении (агрессивный отец). Такое поведение сначала формируется дома, затем оно переносится в общественную среду — детский сад, двор, дачу и пр. По мере и фосления стереотип агрессивного поведения у такого ребенка перерастает в свойство личности, и это приносит немало хлопот и лмому человеку, и всем окружающим. В характере уже выросшего • ущества обязательно будут отчетливо видны эгоцентризм, истеi >оидные и возбудимые черты.

Второй вариант воспитания агрессивности: родители эмоционально отвергают ребенка, относятся к нему пренебрежительно или негативно (на мальчиков особенно влияет отсутствие внимания матери). Это рождает страх, влекущий за собой агрессию (Sears S., 1953). Многочисленные истории болезней показывают, что большинство агрессивных детей в очень раннем возрасте были по разным причинам надолго оторваны от матерей. Появление агрессивности в этих случаях объясняется тем, что она приносит ребенку нозможность какой-то эмоциональной разрядки и заставляет мать и/или других близких обратить на него внимание. Альтернативный мариант развития при отвержении матерью или при оторванности от нее — замкнутый, очень тревожный, безынициативный ребенок, готовый подчиняться всем и каждому.

Однако это крайние варианты, встречающиеся относительно нечасто: большая часть агрессивности детей развивается где-то

между этими двумя противоположностями, приводящими к одинаковому исходу.

Попав в ситуацию, когда его потребности не удовлетворены, ребенок (как и взрослый) реагирует на нее отрицательными эмоциями — в зависимости от темперамента и психологических особенностей это могут быть ярость, гнев, страх и тревога. Для того чтобы восстановить психологический комфорт, у него (опять же, как и у взрослого) есть только два пути:

- совладать с событиями и изменить ситуацию в нужном ему направлении;
- восстановить свое эмоциональное равновесие, несмотря на неблагоприятную ситуацию (в основном — с помощью механизмов психологической защиты: вытеснения, подавления, отрицания и пр.). В этом случае отрицательные эмоции канализируются в личное бессознательное, где и накапливаются до поры.

Между тем, управляемые механизмы психологической защиты у маленьких еще не сформированы, поэтому обычно он стремится изменить ситуацию, и нередко — с помощью агрессии. Но рано или поздно проявление агрессивности перестает вызывать умилительные улыбки родителей и все чаще приводит к неодобрению, а то и наказанию, и это рождает у ребенка чувство тревоги и страха. У него вырабатывается комплекс вины, который затем будет частично превращаться в чувство совести и обрастать моральными нормами, способствуя его социализации и адаптации в окружающей среде. Дальше этот комплекс — вина, совесть и мораль — будут сопровождать подросшего ребенка всю жизнь, естественно, изменяясь и развиваясь.

Для того чтобы вызывать одобрение родителей, ребенок учится контролировать свою агрессию, причем на первых порах это достигается *внешним* контролем, диктуемым реакциями окружающих и его страхом. Тревога обычно двоякая: это и страх наказания, и боязнь обидеть, вызвать раздражение родителей и лишиться из-за этого их поддержки. При нормальном развитии система социальных норм и запретов постепенно интериоризируется[1], и контроль становится *внутренним*. Тогда большая часть поведения, в том

[1] Становится частью психики человека, по 3. Фрейду — это формирование Супер-Эго.

числе и проявления агрессивности, регулируется уже совестью и/или чувством вины, в разных пропорциях у разных личностей.

У многих людей, особенно агрессивных по природе, внутренний контроль в силу разных причин формируется неважно, и внешний контроль остается ведущим на всю жизнь. Тогда подросток (а затем и взрослый человек), если и подчиняется законам и общественным требованиям, то не по велению совести, а из-за страха наказания или угрозы материальных и моральных потерь. Поэтому когда путы страха сбрасываются (ослабление власти, смута, пребывание в толпе), а внутреннего контроля — совести — нет, человек позволяет себе делать все, что угодно ему или толпе, или тому, кто этой толпой руководит. И не нужно удивляться поведению наших юных футбольных и хоккейных фанатов после неудачных выступлений их любимых команд.

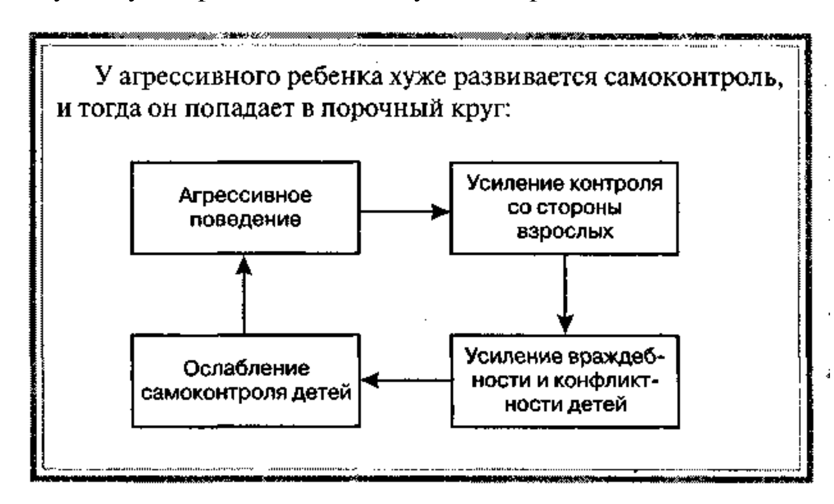
Развитие внутреннего контроля у детей и подростков идет с помощью процесса идентификации — стремления поступать как значимый человек. В раннем возрасте это имитация родительского поведения — ведь именно подражая поведению родителей мы добиваемся одобрения своего поведения. А «исправляя ошибки» после родительского осуждения мы получаем, опять же, вожделенное родительское одобрение. Правда, здесь есть одна сложность. Дети в разговорах, играх и пр. стараются копировать поведение взрослых, считая его образцовым, но вот самим родителям в собственном поведении нравится далеко не все. Причем взрослые не всегда осознают непринимаемые формы своего поведения, зато когда видят его со стороны — сразу же напрягаются и реагируют очень бурно. В наших детях мы больше всего не любим те черты, которые нам не нравятся в нас самих. Страдают же, как водится, несчастные ребятишки, которые старательно копируют родительское поведение, а получают за это неодобрительные замечания, а то и угрозы наказания.

В подростковом возрасте дети, как известно, стараются избавиться от зависимости от родителей и вести себя максимально самостоятельно. В своем поведении они идентифицируются уже не с отцом или матерью, а с другими значимыми для них людьми — старшими друзьями, авторитетными педагогами, киногероями и пр. И здесь агрессивный ребенок ведет себя не так, как более спокойные дети: он противостоит родителям гораздо больше. Эти ребята чаще и лучше общаются со сверстниками, даже с малознакомыми

2 Зак. 1368

мужчинами, чем с отцами, к которым стараются не обращаться за помощью без особой необходимости. А если жизнь заставляет прибегнуть к родительской поддержке, то это вызывает у них раздражение и неудовольствие.

Чего добиваются дети и особенно подростки своей агрессивностью? Они хотят, чтобы от них отстали, и, в конце концов, получают свое: от них не ждут больших достижений и реже требуют выполнения обязанностей. Имея двоих или более детей, замученная мать нередко взваливает больше дел на менее агрессивного ребенка (он называется «послушным»), вызывая у того чувство неудовольствия и комплекс неполноценности, но так ей поступить легче. Более агрессивного ребенка оставляют в покое и дают больше свободы. Однако и агрессивные дети платят за это свою цену: они хуже социализируются, поскольку не усваивают опыт взрослых и не участвуют в разных способствующих взрослению делах.



2.2. Варианты проявления детской агрессивности

Классифицировать проявления детской агрессивности можно по-разному — можно применить общие схемы (см. главу 1), но удобнее использовать специальные классификации, отражающие возрастные особенности проявлений агрессии.

Далее приведены две такие схемы. В основе первой лежат *проявления* агрессии, второй — *механизмы* агрессивного поведения.

Вариант 1. И. А. Фурманов (1996), основываясь на проявлениях агрессии, выделяет четыре категории детей:

1. *Дети, склонные к проявлению физической агрессии*

Это активные, деятельные и целеустремленные ребята, отличающиеся решительностью, склонностью к риску, бесцеремонностью и авантюризмом. Их экстравертированность (общительность, раскованность, уверенность в себе) сочетается с честолюбием и стремлением к общественному признанию. Обычно это подкрепляется хорошими лидерскими качествами, умением сплотить сверстников, правильно распределить между ними групповые роли, увлечь за собой. В то же время они любят демонстрировать свою силу и власть, доминировать над другими людьми и проявлять садистские тенденции.

Кроме того, эти дети отличаются малой рассудительностью и сдержанностью, плохим самоконтролем. Обычно это связано с недостаточной социализацией и неумением или нежеланием сдерживать или отсрочивать удовлетворение своих потребностей. Они постоянно стремятся испытывать острые ощущения, а при отсутс гний таковых начинают скучать, так как нуждаются в постоянной стимуляции. Поскольку всякая задержка для них непереносима, то свои желания они стараются реализовать сразу же, не задумываясь о последствиях своих поступков даже в тех случаях, когда понимают, что дело добром не закончится. Агрессивные дети действуют импульсивно и непродуманно, часто не извлекают уроков из своего негативного опыта, поэтому и совершают одни и те же ошибки. Они не придерживаются никаких этических и конвенциональных норм, моральных ограничений, обычно просто игнорируют их. Поэтому такие дети способны на нечестность, ложь, измену.

2. *Дети, склонные к проявлению вербальной агрессии*

Этих ребят отличают психическая неуравновешенность, постоянные тревожность, сомнения и неуверенность в себе. Они активны и работоспособны, но в эмоциональных проявлениях склонны к си иженному фону настроения. Внешне часто производят впечатление угрюмых, недоступных и высокомерных, однако при более близком знакомстве перестают быть скованными и отгороженными и становятся очень общительными и разговорчивыми. Для них

характерен постоянный внутриличностный конфликт, который влечет за собой состояния напряжения и возбуждения.

Еще одной особенностью таких детей является низкая фрустрационная толерантность, малейшие неприятности выбивают их из колеи. Поскольку они обладают сензитивным складом, то даже елабые раздражители легко вызывают у них вспышки раздражения, гнева и страха. Особенно сильно эти негативные эмоции появляются при любых реальных или мнимых умалениях их значимости, престижа или чувства личного достоинства. При этом они не умеют и/или не считают нужным скрывать свои чувства и отношение к окружающим и выражают их в агрессивных вербальных формах.

Спонтанность и импульсивность у них сочетаются с обидчивостью и консерватизмом, предпочтением традиционных взглядов, которые отгораживают их от переживаний и внутренних конфликтов.

3. *Дети, склонные к проявлению косвенной агрессии*

Таких детей отличает чрезмерная импульсивность, слабый самоконтроль, недостаточная социализация влечений и низкая осознанность своих действий. Они редко задумываются о причинах, своих поступков, не предвидят их последствий и не переносят оттяжек и колебаний. У детей с низкими духовными интересами отмечается усиление примитивных влечений. Они с удовольствием отдаются чувственным наслаждениям, стремятся к немедленному и безотлагательному удовлетворению потребностей, не считаясь с обстоятельствами, моральными нормами, этическими стандартами и желаниями окружающих. Косвенный характер агрессии является следствием двойственности их натуры: с одной стороны, им свойственны смелость, решительность, склонность к риску и общественному признанию, с другой — феминные черты характера: сензитивность, мягкость, уступчивость, зависимость, нарциссизм (стремление привлечь к себе внимание путем экстравагантного поведения). Кроме того, из-за сензитивности ребята очень плохо переносят критику и замечания в свой адрес, поэтому люди, критикующие их, вызывают у них чувства раздражения, обиды и подозрительности.

4. *Дети, склонные к проявлению негативизма*

Ребят этой группы отличают повышенная ранимость и впечатлительность. Основные черты характера — эгоизм, самодовольство, чрезмерное самомнение. Все, что задевает их личность, вызывает

чувство протеста. Поэтому и критику, и равнодушие окружающих они воспринимают как обиду и оскорбление и, поскольку имеют низкую фрустрационную толерантность и не способны владеть эмоциями, начинают сразу же активно выражать свое негативное отношение. В то же время эти дети рассудительны, придерживаются традиционных взглядов, взвешивают каждое свое слово, и это часто ограждает их от ненужных конфликтов и интенсивных пережи маний. Правда, они нередко меняют активный негативизм на массивный — умолкают и разрывают контакт.

Вариант 2. Если брать за основу движущие силы, мотивацию агрессии, то в одном случае таковой будет демонстрация себя, в другом — достижение своих практических целей, в третьем — подавление и унижение другого. Классификация, строящаяся на этом основании, выглядит следующим образом:

1. *Импульсивно-демонстративный тип*

Здесь у ребенка главная цель — продемонстрировать себя, обратить на себя внимание. Такие дети чрезвычайно ярко выражают т о й агрессивные эмоции — кричат, громко ругаются, разбрасыва-II гг вещи. Их поведение направлено на получение эмоционального ' 11 клика от других: они активно стремятся к контактам со сверстниками, а, добившись внимания партнеров, успокаиваются и прекращают свои вызывающие действия.

Дети, относящиеся к этой группе, игнорируют нормы и правила поведения, как в игре, так и вне игры, ведут себя очень шумно, демонстративно обижаются, кричат. Однако их эмоции носят поверхностный характер и быстро переходят в более спокойные состояния. Агрессивные акты у таких детей мимолетны, ситуативны и не отличаются особой жестокостью, даже физическая агрессия (прямая или косвенная) используется только для привлечения внимания. Их агрессия носит непроизвольный, непосредственный и и мпульсивный характер, враждебные действия быстро сменяются Фужелюбными, а выпады против сверстников — готовностью со-i |>удничать с ними. Их действия отличаются ситуативностью, а наиболее яркие эмоции наблюдаются в момент самих действий и быстро угасают. Такие дети имеют весьма невысокий статус в группе сверстников.

Вполне вероятно, дети этой группы отстают от сверстников в общем психическом развитии. Их обостренная потребность во

Данные психологических обследований показывают, что дети, относящиеся к импульсивно-демонстративному типу, отличаются от других (как обычных, так и агрессивных) следующим показателями:

- низкий уровень интеллекта — и общего, и социального;
- неразвитая произвольность;
- низкий уровень игровой деятельности.

внимании и в признании не может реализоваться через традиционные формы детской деятельности, и поэтому в качестве средства самоутверждения и самовыражения они использует агрессивные действия.

2. *Нормативно-инструментальный тип*

В эту группу входят дети, которые используют агрессию в основном как норму поведения в общении со сверстниками. Здесь агрессивные действия выступают как средство достижения какой-либо конкретной цели — получения нужного предмета, ведущей роли в игре или выигрыша у своих партнеров. Об этом свидетельствует и тот факт, что положительные эмоции они испытывают после достижения результата, а не в момент агрессивных действий. Деятельность этих детей отличается целенаправленностью и самостоятельностью. При этом они всегда стремятся к лидирующим позициям, подчиняя и подавляя других. В отличие от представителей предыдущей подгруппы, у них нет специальной цели привлечь внимание сверстников. Как правило, эти дети и так занимают положение предпочитаемых, а некоторые выходят на уровень «звезд». Среди всех форм агрессивного поведения чаще всего у них встречается прямая физическая агрессия, которая, впрочем, не отличается особой жестокостью. В конфликтных ситуациях они игнорируют переживания и обиды сверстников, ориентируясь исключительно на собственные желания.

Дети, относящиеся к этой категории, хорошо знают и на словах принимают нормы и правила поведения, но постоянно нарушают их. Нарушая правила, они оправдывают себя и обвиняют своих товарищей, стремясь избежать негативной оценки взрослого: «Он первый начал», «Он сам лезет, я не виноват». Положительная оценка взрослого, несомненно, важна для них. В то же время ребята не

По результатам психологичесжого обследования дети нормативно-инструментальной гру:ппы обладают следующими особенностями:

- высокий уровень интеллежта (как общего, так и социального);
- развитая произвольность;
- хорошие организаторские способности;
- умение организовать игру, ее достаточно высокий уровень развития;
- высокий социальный статус в группе сверстников.

обращают внимания на собственную агрессивность, и считают такой способ действия нормальным и; единственно возможным средством достижения своей цели.

3. *Целенаправленно-враждебный тип*

Сюда относятся дети, для которых нанесение вреда другому выступает как самоцель. Их агрессивные действия не имеют какой-либо видимой цели — нидля окружающих, ни для них самих. Они испытывают удовольствие от самих действий, приносящих боль и унижение сверстникам. Дети данного типа используют в основном прямую агрессию, причем более по»ловины всех агрессивных актов составляет грубое физическое воздействие, отличающееся особой жестокостью и хладнокровием. Обычно для агрессивных поступков выбирается одна-две постояннее жертвы — дети более слабые, не способные ответить тем же. Чувство вины или раскаяния при этом совершенно отсутствует. Норвмы и правила поведения открыто игнорируются. На упреки и осуждение взрослых они отвечают: «Ну и что!», «И пусть емубольно». Отрицательные оценки окружающих не принимаются в расчет. Особенно характерны для таких детей мстительность и злопамятн ость: они долго помнят любые мелкие обиды и, пока не отомстят обидчику, не могут переключиться на другую деятельность. Даже нейтральные ситуации они рассматривают как угрозу и посягательство на свои права.

Сопоставляя обе вышеприведенные классификации и личный опыт работы с агрессивными детьми, предлагаю представить проявления детской агрессивности в зиде континуума. На одном его конце будут находиться случаи инструментальной (или недеструк-

Результаты психологического обследования детей целенаправленно-враждебного типа, показывают:

- средние показатели интеллекта;
- произвольность в целом соответствует возрастным нормам;
- низкий социальный статус в группе сверстников (обычно таких детей боятся и избегают);
- уровень развития игры также средний, содержание их игр часто носит агрессивный характер — все дерутся, мучают или убивают друг друга.

тивной) агрессии, которая направлена, в основном, на достижение каких-либо потребностей и поставленных целей. На другом — враждебная агрессия (или враждебная деструктивность), целью которой является удовлетворение потребности в причинении другому боли и вреда, а агрессия служит способом достижения этой цели. Стоит подчеркнуть, что по мере перехода от инструментальной агрессии к враждебной меняется и целый ряд психических характеристик детей (см. рис. 3).

Ребята, использующие агрессию как инструмент, как средство достижения цели, обладают более высоким интеллектом и определенными организаторскими способностями (умением наладить игру, распределить роли и пр.), поэтому они имеют среди сверст-

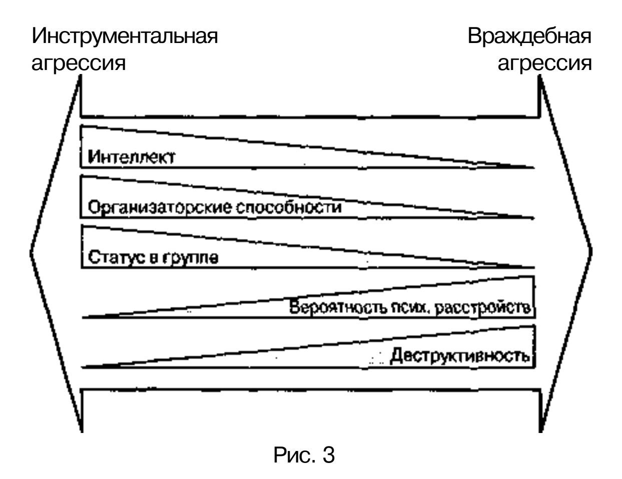


Рис. 3

ников более высокий статус. По мере продвижения к противоположному полюсу континуума отмечается снижение интеллекта детей, а вместе с этим ухудшаются организаторские и коммуникаi и иные возможности, падает их статус в группе. Дети, обладающие им раженной враждебной деструктивностью, обычно отличаются 11 и жим интеллектом или страдают психическими расстройствами и авторитетом среди сверстников не пользуются.

Всех агрессивных ребят объединяет одно общее свойство — неi i юсобность понимать других людей. Оно не зависит ни от самооценки, ни от реального положения ребенка в группе. В его основе, понидимому, лежит особая структура самосознания ребенка: он фикщ рован только на себе и изолирован от других. В окружающих людях i .1 кой ребенок видит только их отношение к себе — другие выступаи 11 'для него как обстоятельства жизни, которые либо мешают дости- *гмкю его целей, либо не уделяют ему должного внимания, либо 11 ы i аются нанести вред. Фиксированность на себе, ожидание враждебности со стороны окружающих не позволяют ребенку увидеть других, пережить чувство связи и общности с ними. Поэтому для него так трудны сочувствие, сопереживание или содействие. Такое «волчье» мировосприятие создает ощущение острого одиночества во враждебном и угрожающем окружении, и это порождает все большее противостояние и некую изолированность от остального мира.

Степень восприятия враждебности может быть различной, однако ее психологическая природа остается той же:

- внутренняя изоляция;
- приписывание враждебных намерений окружающим;
- невозможность видеть мир другого человека.

2.3. Возрастные различия в проявлении детской агрессивности

Агрессия детей младшего (дошкольного) возраста. Маленький ребенок, находясь в группе сверстников (в детском саду, во дворе и т. п.), старается стать в этой среде популярным или авторитетным. Этим он удовлетворяет свое желание быть признанным и за-

шищенным, пользоваться вниманием. Коммуникативные навыки в этом возрасте обычно недостаточно развиты, процессы возбуждения превалируют над торможением, а моральные нормы еще не сформированы, поэтому маленький человечек часто старается занять лидерские позиции с помощью агрессивных методов. Особенно легко и быстро агрессия возникает у детей, имеющих резидуально-органические поражения головного мозга, социально запущенных, отвергаемых родителями, умственно отсталых. К повышенной агрессивности располагают и некоторые родительские приемы воспитания, например, когда отец наставляет ребенка: «Хочешь, чтобы тебя уважали и боялись — бей всех подряд».

В дошкольном возрасте инициаторами агрессии чаще становятся *отдельные дети* (обычно из вышеперечисленной группы). Она проявляется в виде отдельных вспышек ярости и гнева и обычно носит инструментальный характер — дети просто не умеют добиваться авторитета и популярности конструктивно.

Как замечает А. Гуггенбюль (2000), младшие дети плохо осознают свое агрессивное поведение: при расспросах они бойко повторяют не раз слышанные от взрослых сентенции о том, что «кричать и драться нехорошо», но при случае не задумываясь делают и то, и другое. Маленькие дети вообще переходят от вербальной агрессии к физической гораздо легче, чем более старшие и, тем более, взрослые люди, но отличается агрессия младших от подростковой не только этим. В отличие от старших, маленькие легко вовлекают в свои конфликты взрослых — родителей, воспитателей, учителей. Они делятся с ними своими переживаниями и тайнами, часто просят вмешаться в споры и конфликты со сверстниками, иногда настойчиво требуют поддержки, а нередко даже доносят на приятелей и сибсов. Грамотные воспитатели, учителя и родители с заступничеством обычно не торопятся, а предлагают малышам попробовать разобраться самим. И это правильно, потому что решение проблем за ребенка взрослыми помешает его развитию: он не научится грамотно выходить из конфликтных ситуаций, справляться и со своей агрессией, и с агрессией, проявляемой другими в его адрес.

В младшем школьном возрасте инициаторами агрессии являются уже не отдельные личности, а *группировки ребят,* агрессивное поведение становится все менее спорадическим и все более организованным. По мере приобретения навыков конструктивного общения меняется соотношение между инструментальной и враж-

дебной агрессией в пользу последней. Это происходит потому, что инструментальная агрессия постепенно сменяется конструктивными способами достижения цели, а враждебная деструктивность — желание причинить оппонентам вред и получить от этого удовольствие — остается неизменной.

Кроме того, дети все чаще стараются решать проблемы в своем кругу, не прибегая к помощи и заступничеству взрослых. Формирование группировок вообще заметно меняет агрессивное поведем ие школьников. Пребывание в группе дает им возможность испытать чувство комфорта и защищенности, повышения своих возможностей. Следствием этого бывают исчезновение страха наказания за проявление агрессии, обостренное желание утвердиться в роли полноправного участника событий, занять в группе достойное место. Поэтому жестокость, разрушительность и другие проявления враждебной деструктивности резко возрастают уже среди учащихся начальной школы.

Особо следует отметить, что для целого ряда детей с коммуникативными нарушениями (шизоидных, сензитивных, тревожных и пр.) і руппа может быть фантазийной. Не имея возможностей и навыков • >бщения для того, чтобы влиться в реальную группу, они придумывают себе воображаемых товарищей. Это могут быть герои книг, мультипликационных и игровых фильмов, телесериалов и пр. (Шрек, «менты» и прочие «герои» нашего времени). Ребята с помощью идентификации стараются подражать поведению любимых героев. Это нередко диктует их агрессивное поведение, которое кажется окружающим не вполне адекватным, тем более что обычно такие дети там кнуты и своими фантазиями ни с кем не делятся. Вот почему весьма небезопасны некоторые наши фильмы и сериалы, прославляющие агрессивное братство («Бригада», «Брат» и пр.).

Особое место занимает подростковая агрессивность. Как известно, некоторые ученые рассматривают период с 13 до 16 лет как сплошной многолетний возрастной кризис. В это время у взрослеющих юношей и девушек сталкиваются два соперничающих друг другу влечения: потребность в близости и принадлежности Другому и стремление сохранить и утвердить собственную идентичность. У ребенка появляется ряд экзистенциальных переживаний: ощущение одиночества и оторванности от окружающих, утрата целостности мира, несоответствие своего реального Я идеалам (часто ложным). Кроме того, наступает время оборвать свою зависимость от

родителей, сформировать свои взгляды и начать совершать самостоятельные поступки. Это очень сложный момент в жизни семьи. И специалист должен разъяснять родителям, что, как бы им ни хотелось, чтобы ребенок оставался при них, наступает время, когда нужно потихоньку отдаляться от ребенка — конечно, не сразу и не резко. Взрослые должны понять, что подросток, для того чтобы обучиться науке коммуникативности, должен большую часть времени проводить среди сверстников. Среди реальных людей и в реальных ситуациях ребята учатся справляться с жизненными трудностями: решать психологические проблемы, преодолевать страх, ревность, враждебность, формировать моральные представления, учиться конструктивно выяснять отношения. Для взрослеющего человека родители должны оставаться только добрыми советчиками, утешителями, надежным тылом. Подросток должен знать, что ему есть с кем разделить тревоги, обсудить сложные ситуации, спросить совета — но действовать он должен сам.

Современный подросток может реализовать свою агрессию двумя способами:

- проявлять открыто, получая тычки и жизненный опыт — следуя этим путем, он либо добивается авторитета, престижа и самореализации, либо ломается, спивается, наркотизируется, садится в тюрьму, кончает жизнь самоубийством;
- прятать и подавлять, становиться послушным пай-мальчиком (девочкой), но при этом утрачивать часть энергии, ничего особого в жизни не добиваясь. Подавленная энергия в этом случае будет прорываться наружу в виде либо невроза, либо психосоматического заболевания.

Интересно, что если в семье двое детей, особенно подростков одного пола, то один из них (чаще старший) идет по первому пути, другой — по второму.

Факторы, способствующие росту агрессивности у подростков:

1. Эндокринный взрыв, резкое нарастание половых гормонов, главным образом тестостерона у мальчиков, способствующего росту агрессивности.
2. Органические поражения головного мозга — травмы, арахноидиты, менингиты и т. п.
3. Отношение взрослых — школы и, главное, родителей.

Развитию подростковой агрессии родители способствуют двумя основными способами.

А. *Эмоциональное отвержение.* Отцы чаще отвергают своих детей, особенно сыновей. Эти папаши страдают повышенной тревожностью, неуверенностью в себе и большими переживаниями по поводу своей маскулинности и сексуальных возможностей. Матери провоцируют развитие агрессивности подростков реже. Обычно это происходит, когда они либо считают, что дети выросли и должны ре- ll тть свои проблемы самостоятельно, либо когда «переживают вторую молодость» и занимаются устройством своих личных дел.

Б. *Ужесточение контроля.* Родители (чаще мамы и бабушки), напуганные сообщениями о росте подростковой преступности, 11 аркомании, разврате и пр., стремятся контролировать каждый шаг • ноего ребенка. Особенно достается при этом девочкам. Нормаль- м ме юноши и девушки, которым не дают превратиться в самостоятельную личность, превращаются в бунтарей. А поскольку ума и • >пьпа для конструктивного бунта недостаточно, то молодые люди пнсршают асоциальные или вообще абсурдные поступки, алкого- п зируются, наркотизируются и вообще творят именно то, чего так ' 'омтся заботливые мамы и бабушки. Кстати, интересно, что нака- пывают агрессивных подростков чаще матери, чем отцы.

Конфликтуя с родителями, молодежь обычно переносит свою агрессивность на лиц, архетипически им соответствующих, — **учителей,** врачей, психологов и других специалистов. Это важно учитывать всем профессионалам, к которым родители приводят своих **детей,** не имея уже возможности с ними справиться. Некоторые **особо** впечатлительные юноши и девушки распространяют этот **Перенос** и на своих сверстников, поведение которых, по их **мнению,** сходно с поведением взрослых. А поскольку со временем все их сверстники взрослеют, то они сужают круг общения до более **молодых** ребят (тем более что проявлять свою агрессию среди них **более** безопасно).

Какие же дети вырастают агрессивными наиболее часто?

Мальчики:

А. «Кумиры семьи», выросшие без отцов в сплошном женском окружении (мамы, бабушки, тетушки, кузины и пр.).

Примером может служить М. Ю. Лермонтов, который воспитывался бабушкой и ее окружением, большая часть которого была представлена женским полом. Мальчик вырос великим поэтом, но при этом довольно возбудимым, упря-

мым и неуступчивым человеком, склонным к конфликтам. Во время одного из них он в запальчивости оскорбительно высказался о сестре Мартынова, что и спровоцировало роковую дуэль.

Б. Выросшие в семьях с жестким авторитарным отцом и мягкой, уступчивой, непоследовательной матерью. Используя механизм идентификации с отцом, подросток будет противостоять всем, в том числе и самому отцу. И если тот мальчишку не сломает, то он вырастет таким же жестким и авторитарным.

В качестве примера можно привести одного из вождей Октябрьского переворота, а позже и большевистского государства, известного под псевдонимом Сталина. Он рос в бедной семье, отец-алкоголик его постоянно бил и унижал. Поэтому сталинская агрессивность была завуалированной и изощренной. Более открытой она стала только после его окончательного утверждения во власти с середины тридцатых годов, а особенно усилилась в последние годы его жизни, когда стал развиваться склероз, и появились психические нарушения в виде бреда преследования.

Девочки:

А. В семье с жесткой авторитарной матерью при мягком, уступчивом отце. Срабатывает механизм идентификации с матерью. Такой тип формирования хорошо отражен в целом ряде сказок

Яркие примеры — сестры главных героинь в «Золушке» и «Морозко». Родные матери девочек — женщины властные, самолюбивые, напористые до грубости. Мамаши находились в повторном браке за слабыми, вялыми, спокойными и уступчивыми мужчинами. Наблюдая за поведением матерей, девочки тоже приобрели черты агрессивности, грубости, конфликтности, правда, к этому еще выросли лентяйками, неряхами и неумехами.

Б. Предоставленные сами себе и самостоятельно пробивающиеся в жизни, в этих случаях агрессивность служит механизмом выживания и обычно носит инструментальный характер.

Классический пример — Пеппи-Длиный Чулок[1]. Матери у нее не было, примером мог служить лишь шебутной, безбашенный и напористый папа Эфраим, который ею интересовался мало и девочке пришлось приспосабливаться к окружающему миру самой, используя отцовский пример и вырабатывая в себе активность и агрессивность.

[1] Вообще-то Астрид Линдгрен называла свою героиню Пиппи, но у нас при переводе сочли это имя неблагозвучным и слегка подправили.

2.4. Различия в проявлении агрессивности мальчиков и девочек

Считается, что мальчики более склонны к проявлениям агрессии, однако это не совсем так, просто агрессия у девушек выглядит несколько иначе. Как отмечает большинство ученых, сейчас разница в агрессивном поведении между девушками и юношами уменьшается.

Мальчиковая агрессия обычно проявляется более открыто, групп, она менее управляема и контролировать ее ребята начинают позже, чем девушки. Кроме того, до сих пор сохраняется стереотипный взгляд общества на то, что девочкам не пристало проявлять свою агрессивность, и поэтому их гораздо раньше начинают учить сдерживать ее. Например, мальчику в ответ на жалобу о том, что его обидели, побили, говорят «пойди и дай сдачи», девочке же такой совет дается гораздо реже: обычно ей рекомендуют не связываться и отойти в сторону.

Еще одно отличие. Девочки более сензитивны и впечатлительны, грубое проявление агрессии обычно им претит. Поэтому они весьма рано заменяют физическую агрессию вербальной, а некоторые искусницы сызмальства приучаются камуфлировать агрессивность иронией и сарказмом. Это выглядит мягче, зато бьет больнее.

Женский пол раньше обучается контролировать свою агрессивность, поэтому она рано становится у них избирательной, бьющей точно в цель. Девочки четко направляют свою агрессию в адрес конкретного человека, причем точно в его психологически уязвимое место. Девичья агрессивность нередко завуалирована и внешне менее эффектна, зато более эффективна. Мальчики контролируют свою агрессию плохо, она носит у них более генерализованими характер и щедро выплескивается на всех окружающих без разбора.

Особенно заметна разница между агрессивностью полов между десятью и четырнадцатью годами, когда девочки в своем психическом и физическом развитии уходят дальше мальчиков. Обладая лучшим контролем, девочки довольно часто «подставляют» ребят.

Для иллюстрации привожу часто встречающийся эпизод из школьной жизни. Доочка говорит соседу по парте какую-нибудь гадость, делает несколько росчерков в его тетрадке и тут же с невинным видом смотрит на учительницу, будто слушает ее очень внимательно. Та, естественно видит только бурную ответную

реакцию мальчишки и наказывает его, поскольку во время урока выяснять «кто первый начал» ей некогда.

Эти же отличия характерны для проявления девочками агрессии в группе. В случаях групповых «разборок» девочки чаще бывают заводилами и подстрекательницами, чем исполнительницами. Они предпочитают «завести» мальчишек, а затем на безопасном расстоянии смотреть, как они дерутся, да еще и подзуживают старающихся дурачков.

Рекомендуемая литература

1. Агрессия детей и подростков / Под ред. Н. М. Платоновой. СПб., 2004. 316 с.
2. *Балакирев А. Г.* Отрицательные переживания у детей // Журнал практического психолога. 1996. № 1. С. 23.
3. *Бандура А., Уолтере Р.* Подростковая агрессия: Изучение влияния воспитания и семейных отношений / Пер. с англ. М., 2000. 508 с.
4. *Барденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б.* Взаимосвязь патологического агрессивного поведения и депрессии у подростков // Российский психиатрический журнал. 2000. № 1. С. 42-45.
5. *Бютнер К.* Жить с агрессивными детьми. М., 1991. 123 с.
6. *Вострокнутов Н. В., Василевский В. Г.* Патологическое агрессивное поведение детей и подростков // Российский психиатрический журнал. 2000. № 2. С. 12—19.
7. *ГуггенбюльА.* Зловещее очарование насилия. Профилактика детской агрессивности и жестокости и борьба с ними. СПб., 2000.
8. *Лисина М. И.* Общение, личность и психическое развитие ребенка. М., Воронеж. 1997. 142с.
9. *Можгинский Ю. Б.* Агрессия подростков — эмоциональный и кризисный механизм. СПб., 1999.
10. *Паренс Г.* Агрессия наших детей / Пер. с англ. М., 1997.
11. *Стаценко Ю. Н.* Агрессивное поведение у подростков. М., 1989.
12. *Фурманов И. А.* Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. Минск, 1996.216 с.

ма*

Глава 3

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РАБОТА

3.1. Направления коррекционной работы с агрессивными детьми

Психологическая коррекция — метод комплексного психологического воздействия на ребенка (подростка) для изменения его жи шенных установок, взглядов, навыков поведения, а также развития таких психических функций, как память, внимание, мышление.

Эффект коррекционной работы обычно определяют следующие факторы:

1. Установка пациента и семьи на помощь специалиста.
2. Клинические особенности заболевания.
3. Характерологические особенности ребенка.
4. Возможность эмоционального отреагирования агрессивных реакций.
5. Возможность перестройки неадаптивного поведения и обретения навыков адаптивного общения.

Психологическая коррекция агрессивных форм поведения проводится различными методами по следующим направлениям[1]:

1. Игра (наиболее широко используется в работе с детьми младшего возраста).
2. Изъятие из привычного окружения и помещение в корригирующую среду или группу (если установлена связь между агрессивным поведением ребенка/подростка и его ближайшим окружением).
3. Творческое самовыражение (рисование, конструирование, занятия музыкой и другими видами творческой деятельности).
4. Сублимирование агрессии в социально-одобряемую деятельность (труд, общественная работа, социальная работа — уход за больными, стариками и пр.).

i ,п»

[1] Формы и методы профилактики детской и подростковой агрессивности / Под ptll Н. М. Платоновой. СПб., 2003. С. 118.

5. Сублимирование агрессии в спорт: подростков целесообразно приобщать к групповым видам спорта (футбол, баскетбол и пр.), требующим навыков сотрудничества, в то время как высокоагрессивные индивидуальные виды спорта, например, бокс или карате, нежелательны.
6. Участие в тренинговой группе с целью формирования навыков конструктивного взаимодействия и более адаптивного поведения.

Практически коррекция агрессивных детей проводится в форме индивидуальной или групповой работы, нередко в виде семейной терапии. Обычно имеет место комплексная коррекция, когда используется сочетание приемов рациональной, поведенческой и суггестивной психотерапии, а также игровой и арт-терапии.

При проведении коррекции часто возникают сложности, главные из которых таковы:

А. Вызывающее поведение детей рождает неприязнь и агрессию даже у специалистов, тем более что общество уже и так признает их хулиганами, а не людьми, нуждающимися в помощи.

Б. Агрессивное поведение детей и подростков нередко рассматривается как временное, преходящее, связанное с возрастными кризисами. Это приводит к тому, что к моменту обращения за помощью агрессивное поведение у подростка закрепляется как установившийся поведенческий стереотип, изменить который уже сложно. Особенно поздно попадают к специалистам дети, проявляющие агрессию в основном вне дома, или когда их поведение косвенно удовлетворяет родителей.

В. Специалисты, работающие с несоциализированными агрессивными детьми, часто склонны применять методы, используемые в работе со сверхсоциализированными невротиками. Это, естественно, не дает результата: работа с невротиками направлена на снижение внутреннего контроля, в то время как агрессивным детям требуется его усиление.

Г. Общественное мнение больше уповает на помощь исправительных учреждений и ограничительных режимов, чем на коррекционные методики и терапевтические центры, хотя всем ясно, что жесткое ограничение не приводит маленьких агрессоров к исправлению поведения.

Кроме того, коррекционную работу затрудняет и то, что в большинстве лечебных, учебных и исправительных учреждений вы-

двигается множество ограничений и требований. Конечно, в переполненных учреждениях установление жестких правил и норм невольно необходимо, но их соблюдение укрепляет главным обра-lом внешний контроль, а внутренний только ослабляет. Дети усваппают, что они должны делать только то, что им говорят, да и то формально, зато могут уклониться от всякой ответственности за Г' нос поведение. Поэтому ограничения должны быть разумно уменьшены, особенно в амбулаторных условиях. Но уже оставшиеся ограничения следует соблюдать четко и последовательно, ибо дети и и прошлом часто страдали от непоследовательного поведения взрослых и имеют к нему негативное отношение.

3.2. Отношения между специалистом и пациентом

На всех этапах совместной работы поведение специалиста яв-1НСТСЯ ведущим источником подкрепления позитивных изменений і поведении ребенка, а его личность — основным «инструментом» і о профессиональной деятельности. Считается, что медики и психологи, проявляющие высокий уровень таких профессионально n.i ж пых качеств, какэмпатия, внимание, бескорыстная сердечность и искренность, работают более эффективно.

С первого же этапа специалист должен стремиться создать атмосферу доброжелательности, оптимизма, непосредственности, искренности и доверия. Наивысшее профессиональное искусство состоит в том, что он должен наладить с ребенком теплые, друже-Сгненные (с подростком — партнерские) отношения, но при этом сохранить определенную дистанцию с ним. Это позволяет избежать эииисимости ребенка от умного старшего товарища и повысить ответственность маленького пациента за свое поведение и терапию. Очень важно соблюсти меру и не освобождать ребенка от ответстиенности за агрессивные реакции, непослушание или невыполнение порученных заданий, не дать свалить на специалиста решение всех проблем.

Н аиболее легко устанавливается контакт с детьми 6— 11 лет, у коТорых все еще сильны свойственные этому возрастному периоду механизмы внушаемости и идентификации. У более младших детей (до 6 лет) контакт затрудняет чувство страха перед специалис-

тами — они приравнивают их к врачам, с которыми обычно связаны далеко не самые приятные переживания. Подростки старше 12 лет относятся к специалистам, как и ко всем взрослым людям, настороженно, и потому требуется больше времени, чтобы завоевать их расположение.

Трудности начинаются с момента обращения: дети (а тем более подростки) редко идут на прием добровольно, часто считают это наказанием и поэтому переносят на специалиста враждебность, страх и недоверие, которые чувствуют ко всем окружающим взрослым. Кстати, именно поэтому часто более положительно воспринимаются студенты — люди, по возрасту (а иногда и по некоторым взглядам) близкие к юным пациентам.

Затруднения в общении возникают не только из-за того, что ребенок недополучил в раннем детстве родительской любви. Обычно к моменту обращения за помощью у него уже выработались негативные взгляды на отношение взрослых к детям. Поэтому проявление положительных эмоций со стороны взрослых вызывает тревогу и страх перед зависимостью, что очень осложняет коррекцию. Яркий пример тому — поведение марктвеновского Гека Финна, попавшего в качестве воспитанника в дом богатой вдовы Дуглас.

Потому не нужно удивляться, что в ответ на сердечность, доброжелательность и заинтересованность специалиста, агрессивный ребенок ответит тревогой, недоверием и даже гневом. Частично его враждебное и/или провокационное поведение является сознательной или бессознательной проверкой искренности отношения взрослого человека. Дети могут хамить, агрессировать, проявлять раздражительность и сарказм, выдвигать нереалистические требования и т. п. Если они встречают ответную жесткость, они повышают градус агрессивности все больше и больше. При этом срабатывает механизм проекции: свою агрессию младшие воспринимают как самозащиту от нападок и давления старших. После периода неистовой агрессии у них появляется чувство признательности и привязанности к взрослым, которые терпели их разнузданность, возрастает чувство ответственности за свое поведение (то есть самоконтроль) и начинается процесс социализации.

При грамотной работе можно увидеть, как у маленького пациента уменьшается чувство тревоги и недоверия, и он сам начинает делать настойчивые попытки укрепить контакт и добиться признания. Специалист достигает большего успеха, если он не давит на

ребенка, не выясняет, что и почему произошло, не требует от него самоанализа и информации о поведении других. Можно (в рамках разумного) заступиться за пациента перед родителями или учителями, решить какие-нибудь проблемы, но при этом нельзя ставить никаких условий типа: «Я скажу, чтобы мама сделала так... если i и...». Это будет проинтерпретировано ребенком как хитрость и маиипуляция, а не истинный интерес к маленькой личности. В то же мремя нельзя, чтобы ребенок принял специалиста за слабого и усупчивого человека, которым можно манипулировать. Для млад-11 их детей на этапе знакомства хороши тридцатиминутные сеансы p r-терапии или игротерапии, для более старших — сорокаминут-i ме беседы о хобби, музыке, автомобилях, киноартистах и т. п.

После установления хорошего контакта проводится коррекциимая работа, в ходе которой происходит формирование системы лмоограничений и самодисциплины, то есть внутреннего контоля. Ее следует начинать с момента, когда фигура специалиста i ановится для ребенка значимой. Это проявляется в том, что он дчинает обращаться к психологу за советом, помощью или с предпжениями по своим проблемам. В процессе бесед и других корi кционных процедур пациент усваивает нормы и ценности, предпаемые специалистом, и они становятся частью его личности. нидетельством становления внутреннего контроля становится то, по ребенок/подросток начинает руководствоваться самоодобремисм или самоосуждением.

Специалисту категорически запрещается (А. И. Захаров, 1982):

1. Навязывать свое мнение и оценки ребенку и его родителям.
2. Не учитывать психофизиологические и характерологические особенности ребенка: пытаться изменить его темперамент, «переделывать» на свой вкус черты характера, сензитивность, эмоциональность и пр.

• % Делать ребенка единственным ответственным за ре-
"V зультаты коррекции (хотя он, разумеется, должен нести свою долю ответственности).

3.3. Организация индивидуальной психокоррекционной работы

Принципы индивидуальной терапии[1]	Алгоритм психокоррекционной работы с агрессивными детьми и подростками[2]
1. Выявление причин агрессивности ребенка	1. Вхождение в контакт с пациентом, и создание у него чувства доверия к специалисту
2. Согласование необходимости проведения коррекции с родителями ребенка, обеспечение необходимой помощи с их стороны	2. Достижение эмоционального отреагирования агрессии и успокоение пациента
3. Выбор техник в зависимости от возраста и возможностей пациента, клинических проявлений агрессивности и умения специалиста пользоваться теми или иными методами работы	3. Устранение патологических стереотипов реагирования, повышение самооценки, принятие себя и других
4. Построение работы с маленьким пациентом на паритетности отношений, независимо от его возраста	4. Выработка и закрепление навыков адаптивного поведения

3.4. Рациональная психотерапия

Элементы рациональной терапии присущи всем видам психокоррекции детей, у которых уже достаточно сформировались мышление и этические понятия. Эта техника включает в себя разъяснение в доступной форме причин появления агрессивности, некоторых механизмов действия терапевтических методик, а также обсуждение жизненно важных для ребят проблем. Поэтому применение рациональной терапии наиболее показано в случае коррекции детей старше 12 лет, в основном — у 14-17-летних подростков. Не имеет смысла использовать этот метод с умственно отсталыми детьми, а также с пациентами, находящимися в психотическом состоянии или с выраженными психопатическими чертами личности.

Прежде чем обучать ребенка адекватным способам проявления агрессии, необходимо, чтобы он адекватно оценил неконструктив-

[1] Формы и методы профилактики детской и подростковой агрессивности / Под ред. Н. М. Платоновой. СПб., 2003. С. 118-119.

[2] Там же. С. 120.

ность своего поведения и его причины. Для этого проводятся индивидуальные беседы, продолжительность которыхдолжна составлять около 30 минут с детьми до 12 лет, и не более часа с подростками. Наш опыт показывает, что превышение оптимальных временных параметров приводит к тому, что у ребенка падает интерес, рассеивается внимание, появляется скука, и он может вообще резко отказаться от дальнейшей коррекции.

Выяснение причин агрессивности и обычно предшествующих и семейных неурядиц происходит в доверительной беседе, причем специалист должен со всей серьезностью и пониманием отне-i ись к переживаниям маленького пациента. Однако при этом ре-> омендуется избегать осуждения родителей, какими бы виноваты-\ 111 они ни казались со слов ребенка. Родители могут присутствовать при беседах только с очень маленькими детьми — до 8 лет, с ос-i альными возрастными категориями, особенно с подростками, сле-i ует беседовать с глазу на глаз.

Для лучшего понимания переживаний ребенка, особенностей с го личности, системы отношений и реагирования, можно применять различные проективные тесты (Рене-Жиля, Розенцвейга, ТАТ, «Несуществующее животное», «Рисунок семьи» и пр.[1]), а также просить ребенка нарисовать свое видение проблемы, ситуации или конфликта. Результаты рисуночного теста семьи рекомендуется показывать родителям пациента. Это нередко дает большой эмоциональный эффект и служит способом лучшего понимания как ребенка, так и семейных проблем вообще. Нередко родители, коюрым показывали детские рисунки и объясняли их смысл, испытывали сильное эмоциональное потрясение и меняли свои взгляды на семейные отношения.

Вот пример из собственной практики.

Молодая мамаша на приеме с упоением рассказывала, как они дружны с шестилетним сыном, вместе ходят в цирк и зоопарк, как он делится с ней своими детскими переживаниями и т. п. Отмечала, что отец, с которым они не живут, ребенком интересуется мало, да и мальчик о нем не вспоминает и спонтанно не спрашивает. Маленький пациент в это время углеченно выполнял задание — рисовал свою семью. Когда оч закончил, то на рисунке весь передний план »аполняли две большие, синие, близко расположенные друг к другу фигуры —

[1] Методы психодиагностики агрессивности прекрасно изложены в книге Агрессия у детей и подростков / Под ред. Н. М. Платоновой. СПб.: Речь, 2004. С. 87-126.

отца и его самого. Две маленькие черные фигурки матери и бабушки (безо всякой проработки лиц) были втиснуты в правый нижний угол листа.

Когда матери был показан рисунок и даны необходимые разъяснения, она была в шоке. Дополнительная беседа с ребенком в отсутствие матери выявила, что ребенок очень скучает, когда долго не видит отца, и вообще его самые лучшие воспоминания — об их редких встречах и прогулках. Диагностические данные помогли коррекционной работе: стало возможным привлечь к ней отца и скорректировать понимание матерью семейных отношений.

Рациональную терапию с агрессивными детьми целесообразно проводить поэтапно, последовательно решая следующие задачи:

1. Осознание ребенком неконструктивности проявления агрессивных чувств.
2. Обучение способам грамотного выражения агрессии и снятия эмоционального напряжения.
3. Отработка навыков общения в возможных конфликтных ситуациях, коррекция поведения.

3.4.1. Осознание неконструктивности агрессивного поведения

Проводится в виде разъясняющей терапии, которая может применяться с детьми с нормальным интеллектом (IQ не менее 90), начиная с шестилетнего возраста. Особенно действенен этот метод у подростков: у них уже имеется достаточно развитое мышление и определенный запас нравственных категорий. У примитивных людей и лиц с психопатическими чертами или психопатоподобными изменениями личности этот этап проходит очень сложно, а иногда вся коррекционная работа на этом и вовсе обрывается.

Основная задача данного этапа — выработать у ребенка или подростка адекватное отношение к агрессивному поведению и стремление изменить его. Начинать рекомендуется с обычного интервью, в ходе которого рассматриваются случаи агрессивного поведения пациента, анализируются причины, его вызвавшие, поведение взрослых в этих ситуациях и пр.

Во всех случаях нужно просить ребенка детально описать конкретные ситуации, вызвавшие проявления агрессии, свои чувства, а также поведение родителей, друзей, других людей в эти моменты.

Поведение окружающих (особенно взрослых) на этом этапе без особой необходимости лучше не комментировать. При затрудне-

Желательно, чтобы ребенок подробно рассказал о конкретных фактах проявления своей агрессивности, придерживаясь примерно такого плана:

- когда, в какой ситуации это произошло;
- как выглядело проявление агрессии;
- какие чувства испытывал при этом;
- как поступали при этом другие люди — взрослые и сверстники.

Нии в воспоминаниях или вербализации происшедших событий у маленьких детей можно восстановить ситуацию в виде игры, у более старших — с помощью рисунков или психодраматической реконструкции.

В доверительной беседе нужно постараться, чтобы ребенок дал адекватную оценку своим агрессивным поступкам. Если он затрудняется это сделать сам, стоит задать наводящие вопросы, облегчающие формирование критики: «А если бы ты не накричал на бабушку?..», «А тебе бы понравилось, если бы тебя ударили портфелем по голове? Пусть даже за дело?»

Для лучшего осознания можно дополнительно применить метод визуализации: попросить ребенка закрыть глаза и вновь представить ситуацию, в которой он проявил агрессию. После этого ему задаются вопросы: «Как ты сейчас оцениваешь свое поведение?», •Что ты чувствуешь сейчас?» Некоторые вопросы могут содержать подсказывающий или даже суггестивный компонент: «Ты считаешь, что ты правильно сделал, ударив Мишу/Катю лопаткой по голове?», «Тебе его/ее не жалко?» Но во всех случаях — даже с маленькими детьми — желательно, чтобы специалист избежал прямых оценок поведения, ребенок должен дать их сам.

Еще одной техникой является метод незаконченных историй. Специалист рассказывает историю, конец которой должен придумать сам ребенок. Истории содержат какой-либо конфликт и строятся таким образом, что у них нет однозначного разрешения ситуации и возможен широкий диапазон реакций. И, как и в предыдущих техниках, ребенку задаются наводящие и уточняющие вопросы: «Почему ты решил действовать именно так?», «А как ты думаешь, что почувствовал этот человек (или зверь)?» и пр.

Очень полезно задавать ребенку домашние задания: нарисовать рисунок, отражающий какой-то прошлый конфликт, составить рассказ по собственным воспоминаниям о каком-нибудь проявлении агрессивности дома, в школе или во дворе. Взрослых (особенно мам и бабушек) при этом нужно серьезно предупредить, чтобы они только интересовались, выполнено ли задание, но ни в коем случае не требовали его непременного выполнения и, тем более, не помогали выполнить. Им нужно объяснить, что эта часть работы является исключительно ответственностью ребенка и служит показателем его искреннего желания изменить поведение.

Этап заканчивается, когда у ребенка формируется твердое понимание неконструктивности, неправильности своих агрессивных действий и желание каким-либо образом избавиться от них. Такое понимание приходит далеко не сразу, обычно для этого нужно не менее 5-6 занятий, и если успех не достигнут, то дальнейшая работа бесполезна.

3.4.2. Формирование новых стереотипов поведения

Проводится как продолжение предыдущего этапа в виде таких же сеансов, только акцент переносится с оценки поведения на его изменение и тренировку. Используется несколько методов (см. табл.).

Во время обсуждения пациенту следует рассказать, как грамотно справляться с гневом и агрессией. Можно следовать рекомендациям Р. Кэмпбелла (1997), который наиболее конструктивным считает прямое выражение гнева, раздражения, недовольства и других негативных чувств человеку, который их вызвал. При этом важно, в какой форме оппоненту сообщается о своем эмоциональном состоянии: это следует делать вербально и максимально вежливо, обязательно называя охватывающие тебя эмоции.

Если по каким-то причинам корректно выразить свои чувства невозможно, то негативные эмоции потом все равно нужно разрядить. При этом пациенту следует объяснить, что нужно делать это не в форме косвенной агрессии, срываясь на невиновных или более слабых, а в виде обсуждения ситуации и своих чувств с друзьями, родителями, старшими товарищами — с теми, кто может его понять.

Подростков можно обучать проявлять свои отрицательные эмоции в форме адекватного «Я-высказывания». Смысл этого способа

Примеры правильного и неправильного выражения чувств

Неправильно	Правильно
А как еще можно себя чувствовать, когда ты задираешься?	Твое поведение меня здорово раздражает!
Подумаешь, ты меня не замечаешь!	Меня злит твое равнодушие к моему рассказу
Нет, я должна радоваться, когда ты гащишься при виде этой дуры!	Да, я сержусь, когда ты пялишь глаза на Ирину!
Да, заткнись ты!	Извини, я сейчас не могу с тобой говорить. *Или:* Я не буду с тобой говорить, пока ты кричишь!
Ну,что вылупился?	Ты хочешь меня о чем-то спросить? Спрашивай
Ну и дуйся сколько хочешь, я тоже не буду с тобой разговаривать	Я вижу, ты на меня сердишься. Когда захочешь, то мы можем поговорить

«Ш& Ф&Ь&яъ -ss*«r <e. Ш.1. *. -3Д «vt* , «gSs&sw»* **» • чв.- Ш -3$я&#*

юм, что нужно передать оппоненту свое отношение к предмету ора безо всяких обвинений и без требований, чтобы он изменил ню позицию. Компоновка такого заявления содержит обычно три ставные части. В одной фразе нужно выразить:

Алгоритм	Пример
. ><1ытие, из-за которого разгораются страсти. Наводимо бесстрастно описать ситуацию, Яринедшую к возникновению проблемы (или Ю'фликта)	«Мама, когда ты на меня кричишь...» (гораздо хуже: «Когда на меня так вопят и орут, как ты...»)
Сш >к> реакцию на эти события. Слгдует изложить, какое впечатление цхшводит факт, изложенный выше в цидадушем пункте	«Мама, когда ты на меня кричишь... я страшно расстраиваюсь (огорчаюсь, злюсь и пр.)». Однако в словах не должно быть никакого хамства или унижения оппонента. Подростку нужно объяснить, что он может проявлять свои негативные чувства, но только в приемлемой форме
Пред, *который был бы предпочтительным.* Нужно изложить, каким бы хотелось видеть впимальный выход из данной ситуации t	«Мама, когда ты на меня кричишь, я страшно расстраиваюсь (огорчаюсь, злюсь и пр.), и мне хотелось бы, чтобы ты это прекратила». Еще можно добавить объяснение причин, почему это так неприятно («На меня уже сегодня в школе столько кричали...»)

Методы	Примеры из практики
а. Разыфывание ситуаций в процессе *ролевой игры.* Переходя к данному этапу, специалист уже знает типовые ситуации, в которых ребенок проявляет агрессию, и предлагает ему разыграть подобные ситуации одну за другой. Во время игры он отслеживает поведение пациента, обращает его внимание на то, как он проявляет агрессию, разрешает конфликтную ситуацию. После этого проводится совместное обсуждение, как можно было бы себя вести, затем ситуация переигрывается согласно линии поведения, найденной во время дискуссии	Мать пятилетнего пациента сообщила, что он два дня назад нахамил бабушке, подробно описала его поведение и слова. Было решено провести с ним занятие по мотивам сказки «Кошкин дом». В игре участвовало несколько фигурок. Поскольку фигурок козла и козы не нашлось, их заменили олень и медведь. Сначала врач «исполнял роли» кошки и оленя, а мальчик играл с любимой игрушкой - медведем. Гости приходили в «Кошкин дом» и начинали там резвиться и хамить хозяйке. Парнишка воспринимал это поведение как должное, и его медведь вовсю смеялся и издевался над несчастной хозяйкой дома. Затем роли поменялись и роль кошки досталась мальчику. Тут гости совершенно «озверели» и их хамство перешло всякие границы. При этом врач аккуратно вставлял в грубые речи животных те слова и выражения, которые пациент использовал в разговоре с бабушкой. Ребенок некоторое время держался и даже посмеивался, но затем стал возмущаться хамским поведением «гостей», а под конец даже расплакался. Когда после небольшого перерыва мальчик успокоился, было проведено обсуждение поведения животных. Пациент довольно бойко перечислил все безобразные слова и действия хамивших животных, но на вопрос, не слышал ли он такое в последнее время, сразу не ответил. Тогда мама (которая к этому времени уже тоже успокоилась) напомнила ему, кем и в какой ситуации произносились эти фразы. Затем состоялся серьезный разговор о поведении с бабушкой. Ребенок сам признал, что вел себя не лучшим образом, было обсуждено, как лучше общаться с бабулей, даже если она «сильно пристает», как выразить свое недовольство корректно. После этого в гости к кошке пришли очень вежливые животные, роли которых исполнял, конечно, мальчик. Через неделю мать пациента сообщила, что все предыдущие дни поведение ребенка в семье было образцовым и он ни разу не нагрубил старшим (хотя имел для этого повод). Были даны советы по закреплению достигнутых результатов. Катамнеза, к сожалению, нет
Ь. *Визуализация* подобных ситуаций. Ребенок закрывает глаза и представляет ситуации, которые провоцируют у него агрессивное поведение. Соблюдаются все правила проведения визуализации (см. соответствующий раздел главы 6). Маленький пациент полностью свободен в выборе способа разрешения ситуации и только информирует	Одиннадцатилетний Саша отличался вспыльчивым и драчливым характером. Во время прохождения курса психотерапии одно из занятий было построено следующим образом. После объяснения правил поведения визуализации, ему было предложено закрыть глаза и сделать несколько дыхательных упражнений. Затем пациенту было предложено вспомнить и визуализировать в подробностях одну из последних ссор с соседкой по парте (конфликт, как обычно, закончился тем, что мальчик толкнул девочку локтем и был изгнан из класса учительницей). Сопя и краснея, он эту задачу выполнил. Потом было проведено обсуждение поведения обоих участников, причем вызывающий характер поведения девочки не отрицался, но основной упор делался на поиски конструктивного разрешения ситуации
о иен аи»вжста. По закраем onyalai сеанс визуализации заканчивается и ребенок открывает глаза. Далее, также как и после ролевой игры, проводится совместное обсуждение виртуального поведения ребенка, а затем он снова закрывает глаза и представляет свое поведение уже в соответствии с теми решениями, которые были выработаны в процессе дискуссии	вариант - совсем не обращать внимание на происки соседки - автору не понравился, визуализация была завершена весьма быстро и даже со стороны было видно, как нервно парнишка ерзал на стуле. Второй вариант был более креативным - предложить задаваке яблоко. Было видно, что при повторной визуализации мальчик еле сдерживал улыбку, а на вопрос, какой он видит реакцию девочки, был получен ответ: «Она обалдела от удивления!» Согласно договоренности, именно этот вариант был апробирован через несколько дней в реальных условиях На следующий сеанс юный пациент прибежал с видом довольным и радостным: девочка не только удивилась но и прониклась полным доверием и на ближайшей перемене ознакомила бывшего врага со своей коллекцией книжных закладок
с. *Рисование ситуации* в виде комикса - набора картинок, в которых динамически развивается конфликт. Ребенок свободно изображает свое понимание развития ситуации, свое поведение. Анализ проводится в соответствии с существующими правилами арт-терапии. Затем проводится обсуждение, после которого пациент может нарисовать развитие событий по-новому сразу же, а может сделать это в виде домашнего задания и принести рисунок на следующее занятие.	Мама и бабушка привели тринадцатилетнюю Иру для психокоррекции ее капризного и задиристого характера Кроме всего прочего, старших беспокоила конфликтность девочки, ее неумения поладить со сверстниками В процессе работы одно из занятий, учитывая любовь к рисованию, бшо проведено следующим образом Девочке было предложено нарисовать последнее столкновение с одноклассниками. Сначала она нарисовала рисунок на котором была отражена спорная ситуация в общем. Затем работа была продолжена целой серией картинок с подробным изображением своей версии причин и течения состоявшегося конфликта. По окончании рисования был произведен совместный анализ изображенного, причем особое внимание было уделено позам и жестам участников спора. Одновременно пациентке было рассказано о сигнальном значении некоторых жестов и их воздействии на восприятие людей. Новые знания буквально потрясли девочку Она с удовольствием продолжила работу и нарисовала несколько других вариантов развития событий Затем ей было задано домашнее задание: выбрать «типовой» конфликт с подружками и нарисовать, как можно было бы его разрешить конструктивно. Задание было выполнено, и следующее занятие прошло в анализе поведения нарисованных участников. После нескольких индивидуальных занятий пациентка продолжила коррекцию в группе.

Рекомендации по сдерживанию нарастающей агрессии:

1. Посчитать до десяти.
2. Сделать 10-12 глубоких вдохов и выдохов (обязательно в доступной форме нужно объяснить механизм связи между выдохом и релаксацией). Подросткам, интересующимся различными восточными оздоровительными техниками или единоборствами, я обычно как бы мимоходом замечаю, что эти упражнения взяты оттуда (что является чистой правдой).
3. Походить, если это возможно, взад-вперед по помещению в темпе, диктуемом внутренним состоянием.
4. Порвать какую-нибудь ненужную бумагу (а еще лучше, если на ней предварительно написать: «Я ненавижу Вовку!», «Я терпеть не могу эту стерву Светку», «Я готова разорвать Анну Ивановну на кусочки!» Такую бумагу можно не только просто разорвать, но иторжественно сжечь, соблюдая, конечно, все правила пожарной безопасности.
5. Выместить свои отрицательные эмоции на каком-нибудь заранее приготовленном ненужном и безопасном предмете. Мальчики могут приспособить для этих целей что-то вроде боксерской груши.
6. Самое конструктивное — разрядить эмоции какой-нибудь осмысленной полезной работой — уборкой помещения, стиркой, работой в саду или просто спортивной игрой, бегом.

Подростку следует объяснить, что, несмотря на внешнюю дипломатичность такого высказывания, его цель — отнюдь не вежливость и мягкость, а ясность и прямота. Если он все еще продолжает считать такую форму поведения демонстрацией слабости, можно привести такую аналогию: «Если ты встречаешь на своем пути разъяренного быка, ты тоже будешь противостоять ему, чтобы, упаси Бог, не показать своей слабости? И чем это закончится?»

Конечно, молодого человека нужно предупредить, что любой оппонент, даже родная мама, может и не принять такую форму общения, и все попытки найти конструктивный выход останутся бесплодными. Но все же шанс на неудачу меньше, чем если бы сразу нахамить матери или просто демонстративно повернуться и уйти.

Кроме того, подростков можно научить в момент закипания ярости и гнева выполнять какие-нибудь расслабляющие упражнения, выдерживать небольшую паузу, что позволит им в будущем снижать эмоциональный накал и возвращать разуму способность управлять чувствами.

Родителям можно дать такую рекомендацию: «Увидев вернувшегося из школы взъерошенного, напряженного, набыченного пацана, предложите ему пойти во двор поиграть в футбол. Не нужно бояться, что в таком состоянии он с кем-нибудь сцепится — возможность поиграть вызовет массу положительных эмоций, а физическая нагрузка разрядит напряжение. Да и вообще детские эмоции меняются довольно быстро».

В процессе коррекции ребятам нужно рассказывать, какие разрушительные последствия может вызывать агрессия, если ее грамотно не разряжать. Девочкам я иногда говорю: «А ты знаешь, какое у тебя злое и некрасивое лицо, когда ты злишься?» (вычитал у кого-то из психотерапевтов).

И родителям, и пациентам нужно рассказать, что ярость, гнев и агрессия имеют двух самых сильных врагов, перед которыми они обычно пасуют — это смех (но только юмор, а не ирония или сарказм) и релаксация. Второе использовать проще, и сам специалист должен уметь применять релаксационные техники (см. соответствующий раздел в главе 6).

В конце этого этапа весьма целесообразно перейти от индивидуального метода работы к групповому, и для закрепления результатов направить пациента в коррекционную группу.

3.4.3. Апробация и закрепление новых стереотипов поведения в реальной жизни

На этом этапе ребенок/подросток применяет полученные навыки. Сеансы становятся реже (до одного раза в 1—2 недели). Их основной задачей теперь является анализ жизненных ситуаций, в которых у подростка за этот промежуток времени возникала агрессия. Пациент и специалист должны рассматривать не только как вел себя подросток в случившихся конфликтах, но и почему он вел себя так, а не иначе, что помогало справляться с гневом и яростью, а если все-таки проявлял агрессию, то почему, и как он мог бы избежать этого впредь.

В качестве примера привожу историю болезни и лечения Алисы, 14 лет.

Девочка имела много причин стать агрессивной: она воспитывалась без отца в семье с очень тревожными, нервными и авторитарными мамой и бабушкой. Кроме холерического темперамента, к проявлению агрессивности предрасполагало и то, что девочка появилась на свет с асфиксией и «раздышалась» только после ряда акушерских манипуляций. Резидуально-органические знаки остались у нее на всю жизнь. Тем не менее, девочка росла и развивалась нормально, в школу пошла вовремя, имела довольно высокий уровень интеллекта, хорошо училась. По характеру была вспыльчивой, обидчивой, очень ригидной, с трудом переключалась с одного дела на другое. Трудности начались в 13,5 лет с приходом месячных и появлением выраженных вторичных половых признаков. Агрессивность стала носить почти импульсивный характер, она могла громко закричать и даже замахнуться на близких по незначительному поводу. К такому поведению относилась с критикой и охотно согласилась пройти курс коррекции.

На первом этапе была назначена медикаментозная терапия (дегидратационная, транквилизаторы) и в течение двух недель состоялось три сеанса рациональной терапии, во время которых осуществлялось обсуждение случаев проявления ею агрессии, выяснялись причины агрессивных вспышек. Беседовала много, охотно и обстоятельно рассказывала о своих переживаниях, относилась к своему поведению с критикой. Одновременно было проведены тестирование, а также беседы с мамой и бабушкой.

Поскольку работающей группы в тот период не было, второй этап также проводился индивидуально. Из предложенных методов работы девочка выбрала визуализацию. В течение четырех занятий она сначала рассказывала о ситуациях, в которых проявляла вербальную агрессию в адрес родных и подружек. После рассказа пациентка визуализировала ситуации и описывала эмоции, которые испытывала в момент агрессивной вспышки. Затем проводилось несколько упражнений телесной терапии и обучение техникам релаксационного дыхания и грамотному «Я-высказыванию». Во второй части занятия девочка визуализировала ситуации вновь, но представляла, как она сдерживается, находит способы

избежать конфликта, расслабиться. К концу первого месяца коррекционной работы и пациентка, и родственники отметили значительное улучшение в ее состоянии: девочка стала заметно спокойнее, стала хорошо контролировать появляющееся стремление накричать, обозвать и пр.

Тем не менее, ей было предложено пройти третий этап в виде групповой психотерапии в течение месяца. Она охотно согласилась, в работе принимала .жтивное участие, стала одним из лидеров группы. Параллельно раз в неделю проводились индивидуальные беседы, во время которых пациентка рассказывала о событиях, которые в прошлом могли бы повлечь агрессивные поступки, и о (ноем реальном поведении во время них. Проводился анализ причин конфликтов, давались советы и рекомендации.

Катамнез два года (случайная встреча на улице). Очень повзрослела, стала і ерьезной, прекрасно справляется с агрессивными вспышками, которые по-прежнему легко провоцируются. Мечтает после окончания школы поступить на психологический факультет.

3.5. Применение рисуночных техник

Рисование ценно тем, что дает возможность детям полнее выразить себя невербально — ведь вербальная система коммуникации развита у них еще недостаточно. Кроме того, рисование позволяет ребенку отреагировать свои эмоции, выплеснуть агрессию на бумагу, дать волю своей фантазии: ведь нарисованное — это в какой-то мере сбывшееся. Как считает А. И. Захаров, рисование — это не только невербальный способ коммуникации, но и средство развития ребенка, поскольку помогает ему разобраться в своих переживаниях.

Агрессивные дети обычно и в рисунках агрессивны: их постоянным содержанием являются войны, оружие, столкновения и т. п. Уже сам характер рисунка может говорить о повышенной возбудимости: особенно симптоматичны размазанность и разбросанность компонентов рисунка, нечеткая композиция, черно-белое, некрасочное выполнение и т. п.

Интересен цветовой анализ рисунка: при сильном напряжении и тревоге цветность снижается вплоть до полного отсутствия. При страхе и чувстве одиночества ребенок рисует себя черным цветом. Изображение кого-либо из членов семьи или знакомых красной краской говорит о том, что данный человек вызывает у ребенка состояние возбуждения. Оно может быть различным в зависимости от отношения ребенка к этой личности: при хорошем отношении —

это чувство радости, при плохом — показатель агрессивных стремлений, тревоги.

О симпатиях ребенка к кому-либо из изображенных на рисунке говорит одинаковая раскраска фигур ребенка и этого человека (если остальные фигуры окрашены другим цветом). Изображение кого-либо окрашенным в синий цвет может расцениваться как символ любви и привязанности к нему.

Перед началом работы ребенка обязательно нужно предупредить, что важен сам факт рисования, а качество рисунка значения не имеет. Младшим школьникам следует дополнительно сообщить, что никаких отметок за выполненную работу выставляться не будет.

Возможны два варианта работы над рисунком:

1. Ребенок работает в кабинете специалиста во время сеанса. Обычно пациент получает задание нарисовать что-либо и сразу приступает к делу. С маленькими детьми (5-8 лет) можно применять такой распространенный метод: просить их нарисовать рисунок семьи, а пока он этим занимается, работать с матерью или другими родными - проводить беседу или тестирование, собирать анамнез или что-либо объяснять и пр.

2. Детям старше Юлет рисунок на определенную тему может быть задан как домашнее задание. Обычно предлагается нарисовать какую-нибудь ситуацию, в которой он вел себя агрессивно. Этот способ больше способствует раскрытию и отреагированию чувств, осознанию своего поведения. Кроме того, выполняя это задание, пациент должен приложить волевое усилие, привлечь внутренний контроль, что очень важно для агрессивного ребенка

Для достижения психотерапевтического эффекта очень важно не только задать, но и принять домашнее задание. О его выполнении лучше спрашивать в самом начале сеанса. Следует обязательно сдержанно похвалить ребенка, независимо от качества выполнения, при нем убрать работу в специальную папку или поставить на видное место, как бы выделяя творение — а, значит, и его творца.

В целях коррекции ребенку дается задание нарисовать различные конфликтные ситуации, желательно — в виде комиксов, показывающих динамическое развитие событий. Ему предлагается изобразить ситуацию, в которой он вел себя агрессивно, а затем нарисовать новую картинку (или ряд картинок), изображающих как он разрешает конфликт конструктивно. Такое моделирование ситуации является фактически обучением более адаптивному поведению, а действия специалиста — косвенным внушением. Несколько таких сеансов с прорисовкой как бывших, так и возможных ситуаций дают обучающий и закрепляющий эффект. После рисования ребенку рекомендуется вести себя аналогичным образом и в реальных ситуациях.

От рисуночной терапии очень удобно переходить к любой другой: игровой, семейной, групповой и пр., где пациент реально контактирует с окружающими его людьми.

Вот пример курса лечения, в котором рисуночные техники сыграли ведущую роль.

Даша 13,5 лет. Явных указаний на наследственную отягощенность душевными заболеваниями нет, но бабушка по линии матери покончила с собой в возрасте 38 лет при неясных обстоятельствах. Девочка из полной гармоничной и обеспеченной семьи, родители — умные, образованные люди, очень беспокоятся о единственном ребенке. Росла и развивалась нормально, ничем серьезным не болела. С детства отличалась несколько замкнутым характером, но на контактах со сверстниками это заметно не сказывалось. В школу пошла вовремя, училась хорошо, до третьего класса была отличницей.

Странности в поведении возникли с 12 лет, вскоре после появления месячных. Внезапно, без особых причин, стала раздражительной, вспыльчивой, грубой, перестала интересоваться учебой, начала пропускать занятий в школе. Причем если вначале хитрила, утром уходила как обычно и быстро возвращалась (пока родители на работе), то позже открыто перестала посещать школу и делать уроки, заявляя, что ей все надоело и совсем неинтересно. Под явно надуманными предлогами перестала встречаться с подругами и приглашать их к себе, из дома выходила редко, большую часть времени проводила на диване, слушая музыку, либо за столом, рисуя дам в старинных одеждах. Прежнее любимое занятие — чтение — практически прекратила, часто и подолгу сидела с отсутствующим видом, витая где-то в своих фантазиях. Открыто начала курить, нимало не заботясь об отношении к этому родителей. Вообще к ним стала относиться агрессивно, особенно к матери, грубила и даже позволяла себе нецензурную брань, что уже совсем ошеломило взрослых.

Сначала такое поведение девочки родители расценили как переутомление, но довольно быстро заподозрили неладное и обратились к подростковому психологу. Тот расценил это состояние как возрастной криз и дал ряд ценных советов по налаживанию семейных отношений. Однако в течение последующих двух месяцев состояние ребенка становилось все хуже, поведение становилось совсем неуправляемым и неадекватным. Прежняя спокойная и доброжелательная девочка превратилась в маленькое злое и агрессивное чудовище. Родители вынуждены были обратиться к психиатру, который сразу же диагностировал шизофрению и немедленно направил больную в психиатрический стационар.

В больнице под влиянием медикаментозной терапии состояние несколько улучшилось, поведение упорядочилось, но девочка оставалась безучастной, бездеятельной и очень грубой с персоналом и другими больными. Первые попытки психотерапии оказались бесплодными — индивидуальная рациональная была резко прервана ей почти сразу же, групповая терапия — после третьего занятия. Единственное, что девочка выполняла охотно, — это рисуночные тесты («Несуществующее животное», «Дом-дерево-человек» и пр.). Очень тяжелое впечатление оставил тест «Рисунок семьи»: лист формата А-4 был крест-накрест разделен жирными черными линиями, а в каждом углу расположились маленькие черные, плохо прочерченные фигурки родителей, бабушки и самой больной.

Используя склонность больной к рисованию, было решено провести курс занятий, основу которых составляли рисуночные техники. Для большей эффективности с девочкой стала заниматься стажер — двадцатилетняя студентка психологического института. Она сама в прошлом имела проблемы со школой, хорошо понимала подростковую субкультуру и в придачу любила и умела рисовать. Так что контакт между пациенткой и специалистом установился быстро.

На первых двух сеансах девочка просто рисовала все, что хотела и затем объясняла смысл нарисованного. На рисунках, как и дома, в основном стереотипно черным фломастером были изображены женщины в старинных платьях с кринолинами, их руки, ноги и лица не прорисовывались. Много места занимали также рисунки скачущих лошадей с развевающимися гривами и огромными глазами, на которых выделялась радужная оболочка[1].

С третьего сеанса занятия стали начинаться упражнениями телесно-ориентированной терапии, а завершаться дыхательной релаксацией. Постепенно рисование становилось все более направленным: девочку просили рисовать разные события ее жизни, затем проводилось обсуждение нарисованного. С шестого занятия рисунки стали ограничиваться только темой отношений с родителями и сверстницами (рисовать молодых людей больная категорически отказалась без объяснения причин). Теперь все чаще специалист просила больную изобразить ту или иную ситуацию в динамике, а затем рассказать о возможных чувствах и мыслях нарисованных персонажей. Например, по просьбе стажера девочка нарисовала, как она сидит на диване и курит, а папа и мама смотрят на нее с вытаращенными глазами. На вопрос, что испытывают в этот момент родители, ответила: «Они напуганы и огорчены», а на вопрос, как в этот момент выглядишь ты, сказала: «Я здесь нехорошая, наглая очень». Затем рисунок был торжественно разорван и отправлен в мусорную корзину, а вместо него была изображена идиллическая картина «Я делаю уроки» (правда, родители и здесь выглядели потрясенными).

Всего было проведено 12 занятий, причем три последних посвящались проработке возможных конфликтов: рисовались комиксы на тему «Мама чем-то недовольна», «Учительница делает замечание на перемене», «Девочки не хотят принимать в свою игру», «Как пройдет день рождения». Отмечались положительные сдвиги в поведении: почти исчезли конфликтность и напряженность, девочка стала охотнее общаться с другими больными, больше читать. Дозировки нейролептиков во время курса психотерапии практически не менялись.

После восьмого занятия пациентке было предложено пройти курс групповой терапии. На этот раз поведение в группе было вполне адекватным, хотя особой активностью она все же не выделялась. Курс лечения был скомкан из-за требования матери выписать больную в связи с началом новой четверти.

Катамнез один год. По данным наблюдения амбулаторного отделения, девочка вполне удовлетворительно учится, общается со сверстниками и родителями без особых конфликтов, регулярно принимает поддерживающие дозы нейролептиков.

[1] По мнению специалистов, этот рисунок свидетельствует о наличии у больной эмоциональной смеси в виде подавленного, неосознаваемого страха, тревоги и агрессии.

3.6. Игровая терапия

Игровая терапия основана на естественной потребности детей. Игра дает ребенку необходимый жизненный опыт и развивает его психические процессы, воображение, самостоятельность, навыки общения и пр. Она имеет важное значение и для эмоционального развития детей, помогая справиться со страхами, порожденными травмирующими ситуациями (жестокость родителей, долгое пребывание в больнице, ночные кошмары и т. п.). Л. С. Выготский считал игру ведущей деятельностью детей дошкольного возраста, характер которой меняется вместе с взрослением ребенка.

В своем развитии игра проходит ряд этапов:

1. *Манипулирование предметами* (до 3 лет). Младенец играет все свободное от еды и сна время. С помощью игрушек он исследует действительность, знакомится с цветом, формой, звуком и т. п. Позже начинает сам экспериментировать: бросать, сжимать игрушки и наблюдать за их перемещением. В процессе игры ребенок развивает координацию движений.
2. *Сюжетная игра* (3—4 года) — копирование действий и поведения взрослых. Игрушки в это время являются моделями предметов, с которыми «играют» взрослые. Ребенок в процессе игры воспроизводит действия персонажей: изображая шофера он воспроизводит действия, имитирующие вождение машины, а не роль водителя. Игры по правилам ребенок еще не понимает.
3. *Ролевая игра* (5-6 лет). Сюжет отходит на задний план, самым главным становится ролевая идентификация. Смысл такой игры заключается в том, что ребенок получает возможность сыграть (а для него — значит, прожить) ситуации «из жизни взрослых» так, как он это понимает. Появляется возможность управлять процессом: выбрать себе понравившуюся роль, отказаться от роли, а также проявить свои лидерские качества — распределить роли между другими детьми.
4. *Игра по правилам* (6—7 лет). Ролевая идентификация утрачивает привлекательность, роли становятся чисто игровыми. Придумываются правила, которые требуют определенной дисциплины и гибкости, что помогает развивать коммуникативность.

Игровая терапия дает наилучшие результаты у детей 4—7 лет. В младшем возрасте обычно применяются предметные и более подвижные игры, у старших детей игра становится все больше похожей на драматическую постановку. После 12 лет куклы, как правило, заменяются специально сделанными масками.

Спонтанная игра может быть составной частью первых занятий, на стадии знакомства и диагностики. По мнению А. И. Захарова, Э. Эйдемиллера и др. здесь ее целесообразно применять с целью снятия напряжения, улучшения контакта и повышения интереса к специалисту и коррекционным мероприятиям. Одновременно с этим она выполняет диагностическую, коррекционную и обучающую функции. Диагностическая функция игры заключается в раскрытии переживаний ребенка, особенностей его характера и отношений к значимым людям. Игра как естественный эксперимент выявляет некоторые скрытые симптомы, защитные установки, конфликты и способы их разрешения. Коррекционная функция состоит в возможности эмоционального и моторного самовыражения маленького пациента, осознания и отреагирования им страхов, агрессии, психомоторного возбуждения и фантазий. Обучающая функция заключается в формировании навыков грамотного общения, перестройки отношений с близкими.

Игра проводится в кабинете специалиста, который должен иметь соответствующее оборудование. Стены и пол должны быть покрыты материалом, который выдерживает глину, краски, воду и удары молотка.

Полезно иметь в кабинете маски, мячи, детские музыкальные инструменты, детскую посуду, различные наборы конструкторов и пр.

Все игрушки должны быть простыми по конструкции и легкими в обращении, чтобы ребенок не расстраивался из-за того, что не может пользоваться ими. Кроме того, они должны быть достаточно крепкими, чтобы выдержать жесткое обхождение в игровой комнате. Кукольная семья должна иметь снимающуюся одежду. Все игрушки должны выдерживать какую-либо гигиеническую обработку (водную, химическую и пр.).

Специалист должен предложить ребенку придерживаться определенных правил: приходить вовремя, не ломать игрушки, убирать их после игры и пр.

Продолжительность игрового сеанса не превышает 30 минут, однако следует ориентироваться также и на желание ребенка, пре-

Набор игрушек специалиста[1]:

1. Люди: фигурки мужчин и женщин примерно одинакового размера (желательно, чтобы у них были атрибуты, указывающие на их профессию), а также дикари, монстры, гномы, пупсики.
2. Животные: домашние, дикие, морские, доисторические, сказочные.
3. Растения: деревья, кусты, трава, овощи, фрукты.
4. Здания: жилые дома, замки, вокзалы, магазины, гаражи и т. п., а также материал, из которого все это можно построить.
5. Сооружения: ограды, ворота, мосты и пр.
6. Камешки, стеклышки, ракушки, палочки, косточки.
7. Ящички, коробочки, бусинки, кристаллы, цепочки.
8. Тряпочки, полоски цветной бумаги, кусочки фольги и полиэтиленовой пленки.
9. Наборы пластилина, веревок, ниток, проволочек, скрепок, кнопок. ||

10 Все, что еще подскажет фантазия ||

рывание игры раньше времени нередко вызывает у него чувство незавершенности и всплеск агрессии. Частота игровых сеансов зависит от состояния ребенка и коррекционных задач, обычно занятия проводятся 1—3 раза в неделю на протяжении 1—4 недель.

Игровая терапия требует от специалиста эмоциональной вовлеченности, способности к игровому перевоплощению, проявлению детской непосредственности. Работать по какому-либо шаблону совершенно невозможно и не нужно.

Для лучшей организации игрового процесса целесообразно придерживаться определенных правил (по А. И. Захарову):

1. При выборе игровых тем следует учитывать интерес ребенка и их значимость для коррекции.
2. Игра должна строиться таким образом, чтобы способствовать развитию самостоятельности и инициативы детей.
3. Специалист не должен комментировать игру.

[1] *Эйдемиллер Э. Г. и др.* Семейный диагноз и семейная терапия. СПб.: Речь, 2003. С. 195.

Во время игровой терапии специалист должен:

- уважать ребенка, общаться с ним искренне и честно;
- быть открытым навстречу ребенку и свободно чувствовать себя в его присутствии;
- воспринимать ребенка как личность, способную справиться со своими трудностями;
- поощрять ребенка полностью выражать свои чувства, мысли и переживания;
- не опекать, избегать торопить ребенка, но и ничего не делать вместо него.

4. Воздействие на пациента может осуществляться только посредством моделируемой игровой ситуации и характерами персонажей.
5. Соотношение спонтанных и направленных компонентов игры должно зависеть от личностных особенностей пациента и его состояния.

Спонтанная игра обычно проводится в начале сеанса. Ребенок играет самостоятельно или (особенно если он совсем маленький) вместе с кем-либо из родителей. Эта ситуация создает у пациента некоторое напряжение, поскольку заставляет его действовать без подсказок и выполнять определенные действия. Но по мере продолжения игры он вовлекается, выражает свои эмоции, вступает в контакт со специалистом. Нередко его поведение копирует поведение родителей, что дает важную информацию для понимания семейных отношений. Специалист в это время может беседовать * родителями, а может и участвовать в спонтанной игре, но толь во второстепенной роли, которую определит ему ребенок.

При *направленных* играх действуют правила игровой реальности и игрового равенства — равная ответственность за принятие решений, обмен ролями, отсутствие жесткого режиссирования. Разыгрываются сюжеты сказок, причем они подбираются таким образом, чтобы их персонажи проявляли агрессию в различных формах, а ребенок должен реагировать на это поведение определенным образом. При этом, если он делает это неадекватно, специалист подсказывает ему, как нужно поступить, но не прямо, а через роль того персонажа, которого он изображает по ситуации. Следующим

этапом может стать разыгрывание историй, сочиняемых пациентом самостоятельно в качестве домашнего задания. На последних занятиях моделируются ситуации конфликта, спора, которые ребенок должен разрешить.

Вот пример использования игровой терапии.

Сережа, 5,5 лет. Отец неизвестен, мать страдала алкоголизмом, пила даже •о время беременности. Была лишена родительских прав, когда ребенку исполнилось два года, и больше им не интересовалась. Мальчик воспитывается бабушкой, которая во внуке души не чает, балует и во всем потакает. Физически рос и развивался с некоторым отставанием от сверстников, позже начал сидеть и ходить, но умственно соответствовал средней возрастной норме. С детства обнаруживал признаки гиперактивности, был неусидчив и плохо управляем. Очень рано появились трудности при общении со сверстниками. Еще в яслях обратил на себя внимание не только избыточной подвижностью, но и неумением попросить игрушку, спокойно поиграть с другими детьми. Позже стал проявлять агрессию ко веем окружающим, независимо от возраста, не задумываясь о последствиях, из-за чего был неоднократно бит старшими ребятами. Из-за агрессивного поведения за год до обращения по требованию воспитателей был забран бабушкой из детсада, воспитывался дома; игры с детьми во дворе обычно заканчивались драками и ссорами.

Бабушка поняла, что когда мальчику придется идти в школу, то там ему будет весьма несладко, и обратилась за помощью в консультативный центр.

При первой встрече ребенок был излишне подвижен, неусидчив, постоянно вскакивал с места, ходил по кабинету, трогал книжки и игрушки. К терапии отнесся как к игре, что и привело к мысли использовать в качестве основного метода игротерапию, а в качестве дополнительных методов — телесно-ориентированную терапию и суггестию. Одновременно проводилась медикаментозная терапия ноотропами под защитой транквилизаторов.

На первых трех занятиях ребенок мог выбирать игрушки и темы для игр Самостоятельно. Обратил на себя внимание выбор игрушек: в игре участвовали только фигурки хищных зверей. Темами игр были ссоры, драки, борьба за первенство. Интересно, что ребенок сам не отождествлял себя явно ни с какой игрушкой. Только на четвертом занятии, когда я стал более активно направлять Течение игры, мальчик после трудных раздумий идентифицировал себя с большим медведем.

Первые направленные игры (следующие три занятия) мальчик строил по весьма примитивному сценарию, явно не отражавшему уровень его развития: медведь идет по лесу, встретил зайца — бьет, встретил лису — бьет, бегемота — тоже вьет, и так до тех пор, пока не задействует все игрушки. На вопросы, не жалко ли ему избиваемых животных, отвечал непосредственным заливистым смехом. Некоторое отрезвление пришло, когда по этому же сценарию («идет — бьет») сыграли со сменой ролей и ребенку были поручены роли всех других зверей. Медведь в моем исполнении оставался по-прежнему агрессивным и обижал других животных. На это было обращено особое внимание, кроме того, мальчика попросили описать, что чувствовали заяц, бегемот и другие животные при встре-

че с таким хозяином леса. Когда на следующих занятиях этот сценарий дважды разыграли вновь, медведь, вновь руководимый пациентом, вел себя уже менее агрессивно и даже отправился вместе с бегемотом за медом (явное влияние мультфильма про Винни-Пуха).

Затем наступил период разыгрывания сказок (5 занятий). «Золушка», «Дюймовочка» и «Гуси-лебеди» особого энтузиазма не вызвали, зато Иван-Царевич сразу же пришелся по сердцу. Сценарий игры, разумеется, был далек от общепринятого книжного: герой встречал множество персонажей (динозавр, робот, собака и пр.), совершал массу подвигов и, что самое главное, учился «сколачивать команду» мирным путем. На девятом занятии, завершавшем первый месяц работы, в компании животных появился человек. Кроме того, с шестого занятия сказочный репертуар расширился настолько, что общепринятых сценариев практически не осталось: все сюжеты ребенок сочинял сам, обнаруживая недюжинную фантазию.

На последнем этапе (3 занятия) осуществлялась игра в возможные реальные ситуации. Большинство используемых фигурок были человеческими. Сначала ребенку предлагались сценарии возможных событий: «ты с бабушкой идешь в гости к тете» (не вызвал особых эмоций), «ты собираешь ребят и вы идете играть в футбол», другой вариант — в лес (сразу же отвел себе функцию лидера) и т. п. К двум заключительным сеансам мальчик сам сочинил сюжет, проработал характеры участников и их поведение. Конечно, без некоторых проявлений агрессивности не обошлось, персонажи умеренно и дрались, и ругались, но это уже мало отличалось от сценариев детей с неврозами, органическими поражениями головного мозга, да и, пожалуй, здоровых ребят.

Всего было проведено 16 занятий в течение почти трех месяцев. С третьего занятия перед началом игры стали проводиться упражнения психогимнастики и телесно-ориентированной терапии, с шестого — релаксационные упражнения в конце занятий, плавно переходящие в суггестию.

Улучшение в поведении появились на третьей неделе — бабушка стала отмечать, что ребенок стал спокойнее, ругался с ребятами по-прежнему, но кулаки в ход не пускал. К концу курса лечения поведение ребенка мало чем отличалось от поведения обычного мальчишки.

Через год бабушка позвонила по телефону и сообщила, что никаких особых трудностей в общении с внуком не испытывает. Он по-прежнему очень активен и подвижен, но старательно готовится к школе, охотно играет с детьми во дворе и почти всегда занимает лидерские позиции.

3.7. Экстренное вмешательство при агрессивных проявлениях

В ряде случаев при проявлениях детской или подростковой агрессии требуется срочное вмешательство взрослых. Экстренное вмешательство нацелено на уменьшение или избегание агрессив-

ного поведения в напряженных, конфликтных ситуациях. Для более конструктивного воздействия на агрессивные реакции детей и подростков разработаны специальные рекомендации для педагогов и родителей, но их знание не повредит и психологам.

Следующие правила экстренного вмешательства позволят в конфликтной ситуации обеспечить позитивное разрешение конфликтов.

1. *Спокойное отношение в случае незначительной агрессии*

В тех случаях, когда агрессия детей и подростков не опасна и объяснима, можно использовать следующие позитивные стратегии:

- полное игнорирование реакций ребенка/подростка — весьма мощный способ прекращения нежелательного поведения;
- выражение понимания чувств ребенка («Конечно, тебе обидно...»);
- переключение внимания, предложение какого-либо задания («Помоги мне, пожалуйста, снять белье с веревки, ты ведь выше меня»);
- позитивное обозначение поведения («Ты злишься, потому, что ты устал»).

Так как агрессия естественна для людей, то адекватная и неопасная агрессивная реакция часто не требует вмешательства со стороны. Дети нередко используют агрессию просто для привлечения к ним внимания. Если ребенок/подросток проявляет гнев в допустимых пределах и по вполне объяснимым причинам, нужно позволить ему отреагировать, внимательно выслушать и переключить его внимание на что-то другое.

2. Акцентирование внимания на поступках (поведении), а не на личности

Проводить четкую границу между поступком и личностью позволяет техника объективного описания поведения. После того как ребенок успокоится, целесообразно обсудить с ним его поведение. Следует описать, как он вел себя во время проявления агрессии, какие слова говорил, какие действия совершал, не давая при этом никакой оценки. Критические высказывания, особенно эмоциональные, вызывают раздражение и протест, и уводят от решения проблемы.

Анализируя поведение ребенка, важно ограничиться обсуждением конкретных фактов, только того, что произошло «здесь и сейчас», не припоминая прошлых поступков. Иначе у ребенка возник-

нет чувство обиды, и он будет не в состоянии критично оценить свое поведение. Вместо распространенного, но неэффективного «чтения морали», лучше показать ему негативные последствия его поведения, убедительно продемонстрировав, что агрессия больше всего вредит ему самому. Очень важно также указать на возможные конструктивные способы поведения в конфликтной ситуации.

Один из важных путей снижения агрессии — установление с ребенком обратной связи.

Для этого используются следующие приемы: .

- констатация факта («ты ведешь себя агрессивно»);
- констатирующий вопрос («ты злишься?»);
- раскрытие мотивов агрессивного поведения («Ты хочешь меня обидеть?», «Ты хочешь продемонстрировать силу?»);
- обнаружение своих собственных чувств по отношению к нежелательному поведению («Мне не нравится, когда со мной говорят в таком тоне», «Я сержусь, когда на меня кто-то громко кричит»);

О апелляция к правилам («Мы же с тобой договаривались!»).

Давая обратную связь агрессивному поведению ребенка/подростка, взрослый человек должен проявить, по меньшей мере, три качества: заинтересованность, доброжелательность и твердость. Последняя касается только конкретного проступка, ребенок/подросток должен понять, что родители любят его, но против того, как он себя ведет.

3. *Контроль над собственными негативными эмоциями*

Родителям и специалистам необходимо очень тщательно конт ролировать свои негативные эмоции в ситуации взаимодействия агрессивными детьми. Когда ребенок или подросток демонстр рует агрессивное поведение, это вызывает сильные отрицательно эмоции — раздражение, гнев, возмущение, страх или беспомоШ ность. Взрослым нужно признать нормальность и естественность этих негативных переживаний, понять характер, силу и длительность возобладавших над ними чувств.

Когда взрослый человек управляет своими отрицательными эмоциями, то он не подкрепляет агрессивное поведение ребенка, сохраняет с ним хорошие отношения и демонстрирует, как нужно взаимодействовать с агрессивным человеком.

4. *Снижение напряжения ситуации*

Основная задача взрослого, сталкивающегося с детско-подростковой агрессией — уменьшить напряжение ситуации. Типичными неправильными действиями взрослого, усиливающими напряжение и агрессию, являются:

- повышение голоса, изменение тона на угрожающий;
- демонстрация власти («Учитель здесь пока еще я», «Будет так, как я скажу»);
- крик, негодование;
- агрессивные позы и жесты: сжатые челюсти, перекрещенные или сцепленные руки, разговор «сквозь зубы»;
- сарказм, насмешки, высмеивание и передразнивание;
- негативная оценка личности ребенка, его близких или друзей}
- использование физической силы;
- втягивание в конфликт посторонних людей;
- непреклонное настаивание на своей правоте;
- нотации, проповеди, «чтение морали»,
- наказания или угрозы наказания;
- обобщения типа: «Вы все одинаковые», «Ты, как всегда...»,' «Ты никогда не...»;
- сравнение ребенка с другими детьми — не в его пользу;
- команды, жесткие требования, давление;
- оправдания, подкуп, награды.

Некоторые из этих реакций могут остановить ребенка на короткое время, но возможный отрицательный эффект от такого поведения взрослого приносит куда больше вреда, чем само агрессивное поведение.

5. *Обсуждение проступка*

Анализировать поведение в момент проявления агрессии, не нужно, этим стоит заниматься только после того, как ситуация разрешится и все успокоятся. В то же время, обсуждение инцидента необходимо провести как можно скорее. Лучше это сделать наедине, без свидетелей, и только затем обсуждать в группе или семье

(и то не всегда). Во время разговора важно сохранять спокойствие и объективность. Нужно подробно обсудить негативные последствия агрессивного поведения, его разрушительность не только для окружающих, но, прежде всего, для самого маленького агрессора.

6. *Сохранение положительной репутации ребенка*

Ребенку, тем более подростку, очень трудно признать свою неправоту и поражение. Самое страшное для него — публичное осуждение и негативная оценка. Дети и подростки стараются избежать этого любой ценой, используя различные механизмы защитного поведения. И действительно, плохая репутация и негативный ярлык опасны: закрепившись за ребенком/подростком, они становятся самостоятельной побудительной силой его агрессивного поведения.

Для сохранения положительной репутации целесообразно:

- публично минимизировать вину подростка («Ты неважно себя чувствуешь», «Ты не хотел его обидеть»), но в беседе с глазу на глаз показать истину;
- не требовать полного подчинения, позволить подростку/ребенку выполнить ваше требование по-своему;
- предложить ребенку/подростку компромисс, договор с взаимными уступками.

Настаивая на полном подчинении (то есть на том, чтобы ребенок не только немедленно сделал то, что вы хотите, но и тем способом, каким вы хотите), можно спровоцировать новый взрыв агрессии.

7. *Демонстрация модели неагрессивного поведения*

Важное условие воспитания «контролируемой агрессии» у ребенка — демонстрация моделей неагрессивного поведения. При проявлениях агрессии обе стороны теряют самообладание, возникает дилемма — бороться за свою власть или разрешить ситуацию мирным способом. Взрослым нужно вести себя неагрессивно, и чем меньше возраст ребенка, тем более миролюбивым должно быть поведение взрослого в ответ на агрессивные реакции детей.

«даж ssacj-«s •?

Поведение взрослого, позволяющее показать образец конструктивного поведения и направленное на снижение напряжения в конфликтной ситуации, включает следующие приемы:

- нерефлексивное слушание;
- пауза, дающая возможность ребенку успокоиться;
- внушение спокойствия невербальными средствами;
- прояснение ситуации с помощью наводящих вопросов;
- использование юмора;
- признание чувств ребенка.

Дети довольно быстро перенимают неагрессивные модели поведения. Главное условие — искренность взрослого, соответствие его невербальных реакций словам.

Рекомендуемая литература

1. Агрессия детей и подростков / Под ред. Н. М. Платоновой. СПб., 2004. 316 с.
2. *Бютнер К.* Жить с агрессивными детьми. М., 1991. 123 с.
3. *Демьянов Ю. Г.* Основы психопрофилактики и психотерапии. СПб., 1999.224 с.
4. *Добсон Дж. Ч.* Непослушный ребенок. СПб., 1997.
5. *Захаров А. И.* Неврозы у детей и психотерапия. СПб., 1998.
6. *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1982.
7. *Квинн В. Н.* Прикладная психология (Appling Psychology): Учебное пособие для вузов и слушателей психологических дисциплин. СПб., 2000. 558 с.
8. *Костина Л. М.* Игровая терапия с тревожными детьми. СПб., 2001.
9. *Кэмпбелл Р.* Как справляться с гневом ребенка. М., 1998.
10. *Мак-Кей М., Роджерс П., Мак-Кей Ю.* Укрощение гнева. М., 1997.
11. *Романов А. А.* Направленная игротерапия у детей: альбом диагностических и коррекционных методик. М., 2001. 48 с.
12. *Рычкова Н. А.* Поведенческие расстройства у детей: диагностика, коррекция, профилактика. М., 2001.
13. *Савицкая К.* Сценарий учебно-воспитательных занятий по программе воспитательно-коррекционного воздействия на агрессивных детей. Киев, 1990.
14. *Фопель К.* Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения /Пер. с нем. В 4-х томах. Т. 1. М., 2000. 160 с.
15. Формы и методы профилактики детской и подростковой агрессии: Научно-методические рекомендации / Под ред. Н. М. Платоновой. СПб., 2003. 320 с.

Глава 4

СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

По мнению Л. И. Божович (1995), для большинства детей семья является главным источником живых примеров агрессивного поведения и психотравмирующих ситуаций. Постоянная агрессия деформирует семью, ребенок теряет в ней чувство безопасности и защищенности, а наша замечательная система образовательных учреждений, которые он посещает в разные годы своей жизни, закрепляет навыки агрессивного поведения.

Многочисленные исследования показали, что агрессивные дети выходят из семей, для которых характерны агрессивные взаимоотношения между супругами, родителями и детьми или прародителями. Подобные тенденции психологами описаны как «цикл насилия». Дети внимательно наблюдают за взаимоотношениями родителей, перенимают их агрессивное поведение, и в процессе общения с братьями, сестрами или сверстниками старательно его воспроизводят. Когда они вырастают и вступают в брак, то используют давно отрепетированные агрессивные способы разрешения конфликтов и, замыкая цикл, передают эти навыки своим детям.

Поэтому так важна роль семейной терапии — метода восстановления функционального единства семьи путем нормализации отношений и психического здоровья ее членов (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, 1990). Она состоит из семейной диагностики, семейных обсуждений и совместной терапии больного и родителей.

После обследования семьи специалист устанавливает так называемый семейный диагноз, в котором обобщает психопатологические, личностные и социально-психологические особенности исследуемой семьи. Особое внимание обращается на:

- недостаточное исполнение членами семьи своих социальных ролей;
- низкую продуктивность совместной деятельности;
- наличие большого количества неразрешенных проблем;
- присутствие большого количества явных или скрытых конфликтов.

Основные задачи семейной терапии (А. И. Захаров, Э. Г. Эйдемиллер и пр.):

- содействие всем членам семьи в разрешении их проблем;
- осознание родителями причин болезненного состояния ребенка и формирование у них настроя на его терапию;
- совместные обсуждения с родителями задач терапии;
- параллельная работа с детьми и родителями;
- перестройка их отношений, практическое обучение адекватным формам межличностных отношений.

Специалист, ребенок и родители составляют малую группу, с которой проводятся сеансы терапии. Первые сложности могут начаться уже на этапе знакомства: большинство родителей ожидают, что специалист, поддерживая их, будет заставлять детей выполнять их требования. Они начинают прямо или косвенно предписывать специалисту свой план действий, вовлекая его в семейные конфликты. Однако работа специалиста заключается в содействии развитию семейных отношений и понимании *всех* участников конфликта. Он выступает не как судья, а как посредник в разрешении проблем семьи, его основная задача — помочь ребенку, дезадаптация которого обусловлена в том числе и неблагоприятно сложившимися семейными отношениями. Поэтому специалисту необходимо соблюдать нейтралитет, который должен быть не сдержанным и эмоционально холодным, а теплым, эмпатическим.

Особое внимание нужно обратить на позицию того родителя, который не посещает специалиста и отрицательно относится к лечению ребенка: при доминировании в семье он может свести на нет весь эффект терапии. Для предупреждения подобного отношения нужно при беседе с обоими родителями лишний раз подчеркнуть необходимость лечения ребенка.

А. И. Захаров (1999) считает, что в зависимости от отношения к работе с ребенком всех родителей можно разделить на две основные группы. Первую составляют те родители, которые придают серьезное значение психическому здоровью своих детей и обеспокоены их состоянием (чаще всего это мать, сама страдающая неврозом и испытывающая чувство вины за поведение ребенка). Другая группа образована родителями, не осознающими своей ответ-

4 Зак. 1368

ственности в возникновении проблемы и занимающимися лечением детей только по настоянию врачей-педиатров, воспитателей, логопедов и других специалистов. В таких случаях необходимо заинтересовать родителей в оказании помощи ребенку, и здесь успешность работы в значительной мере зависит от их культурного и нравственного уровня.

Каким бы ни было установочное отношение родителей, специалист при первой совместной беседе подчеркивает необходимость тесного сотрудничества. К положительному настрою и успокоению родителей приводят целенаправленное участие специалиста в семейных проблемах и предоставление им возможности для индивидуального изложения своих затруднений. Нередко родители тоже нуждаются в коррекционных мероприятиях (релаксационных, суггестивных и пр.).

Если родители не выполняют предложенных рекомендаций, их нужно предупредить о том, что эффект терапии будут незначительным — и не из-за плохой квалификации специалиста, а из-за постоянной истощающей нервные силы ребенка семейной ситуации. В таком случае проводится только симптоматическое лечение, а суггестивные и групповые техники исключаются.

Лучшим средством коррекции ригидных установок родителей будет улучшение в состоянии ребенка: в этом случае у них возрастет заинтересованность в его лечении и восприимчивость к советам специалиста. Если же их отношение не меняется, и они продолжают эксплуатировать ребенка в угоду своим завышенным притязаниям, то прогноз становится неблагоприятным.

4.1. Типы «трудных» родителей

1. Родители с паранойяльным настроем с недоверием относятся к психологическому методу лечения, настороженно воспринимают действия специалиста и не допускают его к обсуждению проблем семьи и отношений с ребенком. Часто они считают ребенка либо хулиганом, либо неизлечимо больным.

Показательным является следующий пример.

Родители четырнадцатилетней Марины привели девочку по настоянию классного руководителя, которая была обеспокоена раздражительностью и грубостью девочки. При первой беседе они (особенно отец) старательно подчеркива-

ли, что все проблемы в «плохом характере» дочери, в котором виноваты не семейные конфликты («Дома у нас все хорошо»), а дурное влияние двух ее подруг. Все попытки специалиста расспросить о материальных и бытовых условиях жизни семьи и семейных отношениях вызывали у родителей девочки недоумение и подозрительность («Да причем здесь это, вы с ней поговорите, потребуйте, чтобы она нас слушалась»). От психодиагностики семейных отношений родители категорически отказались, довольно быстро свернули беседу и распрощались, обещав прийти в другой раз. Больше эта семья не появлялась.

2. *Авторитарные родители* склонны сами предопределять тактику терапии. Как и родители с паранойяльным настроем, они излишне требовательны, нередко переходят от одного специалиста к другому. Однако изменить свое отношение к ребенку они не способны и часто уклоняются от рассмотрения семейных проблем. Чаще всего так поступают отцы, расценивая вмешательство специалиста как подрывающее их мужской авторитет.

Мать восьмилетнего Саши пришла без ребенка. Сказала, что хочет предварительно поговорить со специалистом. Сразу же начала с того, что она сама по специальности педагог и знает, как общаться с детьми. Пожаловалась на безволие и низкую активность сына, посетовав на то, что ему, видимо, не хватает мужского влияния. Поэтому-то она и обратилась к специалисту-мужчине. Затем мама-педагог стала обстоятельно и назидательно объяснять, что *должен* говорить и делать специалист. Все попытки выяснить анамнестические данные и особенности семейных отношений были решительно пресечены: «Я мать, я лучше jHaio, что нужно моему ребенку!» В результате осталась весьма недовольна беседой, ушла, поджав губы, и больше не объявлялась. Коллеги по Консультативному центру рассказывали, что эта дама приходила позже еще, и каждый раз к другому специалисту, но всегда уходила недовольной.

3. *Родители с истерическими чертами личности* нередко требуют к себе большего внимания, чем к ребенку. В их словах обычно звучат жалобы на судьбу, трудности жизни; нередко одинокие истеричные матери заявляют, что специалист — их «последняя надежда». Чаще всего они сознательно или бессознательно рассчитывают на внимание специалиста к себе и могут часами рассказывать о своих неприятностях.

Мама привела шестилетнюю Вику. Прямо с порога она заявила, что просто не знает, что ей делать с ребенком, но много слышала о специалисте и надеется только на него. Очень эмоционально, ломая руки, просила «спасти дочь». Но •место рассказа о проблемах ребенка стала жаловаться на судьбу, свое одиночество, жизненные неудачи. В своих несчастьях обвиняла всех подряд — своих родителей, бросившего ее мужа, власть и пр. Собрать какие-либо анамнестические сведения оказалось делом нелегким, мать все время сбивалась на рассказ О своих чувствах, неприятностях, страхах и пр. В дальнейшем девочку приводи-

ла регулярно, кокетливо говорила о радости, которая охватывает ее при посещении кабинета специалиста, охотно принимала все советы, но выполняла их весьма избирательно.

4. *Эгоцентрически-защитные установки родителей* заключаются в опасениях и страхе утратить влияние на ребенка при уменьшении его зависимости в случае улучшения состояния. Тогда исчезают основания для тревоги за ребенка, и они остаются один на один со своими собственными неразрешенными личностными проблемами. В таких случаях родители бессознательно боятся приходить к специалисту, опасаясь уменьшения своего влияния на ребенка. Иногда это может привести к прекращению лечения под какими-либо благовидными предлогами. Кроме того, беспокойство по поводу состояния ребенка иногда бывает единственной общей точкой согласия между родителями, единственной формой их общения.

Мама привела восьмилетнего Вову после настойчивых просьб классного руководителя, обеспокоенного агрессивным поведением мальчика. Она коротко упомянула о том, что воспитывает его без отца, «вот он и отбился от рук». К обследованию и терапии отнеслась скептически, но все рекомендации выполняла. Через некоторое время поведение ребенка стало более упорядоченное, что сама мать отмечала с некоторым удивлением. Особенно изумляло ее, что сын посещал занятия охотно, а дома даже цитировал некоторые изречения специалиста. Однажды посреди курса лечения она вдруг заявила, что больше приводить ребенка не будет, так как, по ее словам, из-за психотерапии мальчик пропустил несколько занятий по английскому языку, и она боится, что он может отстать от сверстников. «Я же за это плачу деньги!» Больше увидеть их не удалось.

5. *Эмоциональная неотзывчивость родителей*. Такие родители обычно не приглашают в гости к своему ребенку сверстников, объясняя это возможностью заражения инфекционными заболеваниями, нежеланием шалостей, шума, опасениями, что дети могут повредить вещи или игрушки. Их эгоцентризм проявляется, в частности, и в отношении к просьбам специалиста принести предметы рисования и игры на занятия с ребенком. Они «забывают» эту просьбу, демонстрируя тем самым свою скупость, нежелание, чтобы игрушками пользовались другие дети.

Родители одиннадцатилетней Маши обратились только после настоятельных требований школы. Удалось выяснить, что подруг у девочки нет, приводить ей кого-либо домой запрещено, просить купить что-либо — тоже, вообще основное требование к ней — не мешать старшим жить. Дома она держится ниже воды тише травы, зато со сверстниками постоянно конфликтует. Курс групповой терапии девочка начала охотно, а вот родители больше не появлялись. Однажды мать позвонила по телефону и пробурчала, что больше на занятия дочь не

пустит: «Нечего ей смотреть на разных идиотов, и деньги на разъезды по городу тратить». На этом психокоррекция и закончилась.

6. Эмоционально неустойчивые и нетерпеливые родители. Они либо неспособны осознать задачи помощи ребенку и выдержать сам процесс терапии, либо слепо соглашаются с любыми советами специалиста, даже е такими, которые не в состоянии осуществить.

Бабушка шестилетнего Димы привела ребенка сама. Много и охотно рассказывала о его поведении, сразу же начала интересоваться сроками его «выздоровления». После каждого занятия она заходила к специалисту и долго расспрашивала его о планах и перспективах терапии. Уже после третьего сеанса стала выражать сомнение в грядущих успехах, а после четвертого отправилась с претензиями к руководству учреждения. Разъяснения не помогли, и женщина, недовольная всем и вся, пригрозив жалобами в высшие инстанции, заявила о прекращении курса терапии.

Во всех случаях отношение родителей к задачам семейной терапии является индикатором их отношений к ребенку и не только имеет диагностическое значение, но и показывает всю сложность осуществления на практике работы с семьей.

4.2. Семейные обсуждения

Обычно собственно терапии детей предшествует обсуждение результатов проведенной до этого психодиагностики. Перестройке семейных отношений способствует сообщение конкретных данных обследования, в том числе полученных с помощью тестов. Для ригидных родителей это нередко оказывается более убедительным, чем анализ их личностных отношений по данным клинического интервью и наблюдения. Полезно сообщение об опыте других семей. Однако при далеко зашедшем конфликте родителей, их «эмоциональном разводе», терапия детей может опережать обсуждения, так как улучшение в их состоянии положительно влияет на сам характер семейных отношений.

Часто родители предпочитают говорить о проблемах отношений с ребенком в его отсутствие. При первых встречах это еще допустимо, так как ребенок также раскрывает перед специалистом свои интимные переживания в беседах один на один. Однако в последующем необходима совместная работа всех членов семьи. Отсутствие предвзятости в поведении специалиста, вера в возмож-

ность налаживания позитивных семейных отношений передаются участникам терапии и способствуют их эмоциональному сближению. Родители, взаимодействуя со специалистом, перенимают его стиль отношений с ребенком — внимательный, вдумчивый, откровенный и доброжелательный. В отличие от родителей, специалист не торопит и не осуждает ребенка, не стремится наклеить на него ярлык «плохого» или «безнадежного», а находит у него положительные качества, одобрительно относится к детской непосредственности и активности.

Семейные обсуждения начинаются с изложения родителями своей точки зрения на причины возникновения нервного состояния у ребенка. Нередко они не понимают истинных причин агрессивного поведения детей, а лишь отмечают отдельные недостатки в воспитании (эмоциональную неустойчивость, непоследовательность и пр.).

Если обсуждение построено грамотно, то активность родителей возрастает, обсуждение протекает в виде диалога, который переходит в дискуссию. Цель дискуссии, которая проводится в спокойной и непринужденной обстановке, — согласование общей точки зрения на воспитание ребенка.

Специалист должен придерживаться активной позиции, но при этом желательно избегать директивного тона и предписаний.

В итоге дискуссии достигается общая точка зрения на причины агрессивного поведения ребенка и на способы коррекции его поведения. При этом главным является изменение отношения к ребенку, в первую очередь за счет адаптации родителей к нему.

При обсуждении специалист не должен использовать оценочные суждения, порицания и обвинения в адрес членов семьи.

При серьезном конфликте супругов обсуждения проводятся раздельно. В этом случае обычно встречи вначале проводятся с доминирующим в семье родителем. При этом работа будет особенно успешной, если ребенок привязан к нему в большей степени. Как правило, этим лицом является мать, но если дети, особенно девочки, привязаны к отцу, то больший эффект будет достигаться от их совместного посещения специалиста. Второй родитель в таком случае получает лечение параллельно и подключается к терапии ребенка по мере улучшения своего состояния.

Параллельно с терапией детей проводятся дополнительные беседы с приходящими поочередно на прием матерью или отцом,

Выслушав родителей, специалист излагает свое мнение о причинах возникновения агрессии у ребенка, обращая при этом их внимание на следующие моменты:

- роль обоих родителей в терапии и необходимость тесного сотрудничества со специалистом;
- необходимость согласованного участия родителей в вопросах воспитания, уменьшения излишней строгости и принципиальности, предоставления детям большей самостоятельности и возможности для эмоциональной разрядки, игр, движений;
- важность предотвращения дальнейшего обострения семейных отношений, какими бы ни были их причины;
- конкретная связь поведения ребенка с ситуацией в семье и характерологическими особенностями родителей;
- происхождение затруднений в отношениях с ребенком и возможные пути их устранения;
- факты, говорящие о том, что повышенные и/или противоречивые требования родителей не соответствуют возможностям детей, являясь главным источником конфликта между ними;
- взаимосвязанный характер семейных проблем, и вместе с тем невозможность приписывания ответственности за состояние ребенка какому-либо одному члену семьи;
- необходимость устранения препятствий для эмоционального контакта детей с другими членами семьи;
- нежелательность ограничения психомоторной активности детей и изоляции их общения со сверстниками;
- наличие нарушений не только у ребенка, но и у взрослых членов семьи;
- тенденции некоторых родителей компенсировать свои чувства внутренней неудовлетворенности и напряжения за счет детей (обсуждается без их присутствия).

а в некоторых случаях с бабушками и дедушками. Беседы проводятся в то время, когда дети выполняют задания специалиста.

В результате семейных обсуждений происходит выравнивание отношений между родителями и изменение их взглядов на детей. Одновременно с этим у детей после нескольких сеансов направленной индивидуальной терапии наблюдается уменьшение агрессивных проявлений. Таким образом, обе стороны оказываются подготовлены для проведения совместной терапии, цель которой заключается в повышении действенности перестройки семейных отношений в условиях, приближенных к реальным.

4.3. Совместная терапия ребенка и родителей

При первых совместных встречах обычно больше говорят родители, при последующих занятиях родители все более ориентируются на поведение специалиста и предоставляют большую активность ребенку.

Для маленьких детей (3—10 лет) целесообразно проведение совместной игротерапии. После беседы ребенку предоставляется возможность самостоятельно поиграть (в это время специалист может проводить обсуждение разных проблем с взрослыми), а затем игра проводится вместе с родителем и специалистом. Темы для совместной игры могут быть самыми разнообразными, но инициатива в их выборе вначале принадлежит ребенку. Родители и специалист создают эмоциональный фон для игры и участвуют в ней «на равных» с ребенком, то есть являются его партнерами. Как правило, игры проводятся в виде импровизации на ту или иную тему, поочередно предлагаемую ребенком, родителем и специалистом. С совсем маленькими детьми (3-6 лет) могут применяться куклы, изображающие детей, взрослых, сказочных персонажей. Игра может происходить за столом или небольшой ширмой, по обе стороны которой располагаются участники.

Итак, сначала играют в игру, предложенную ребенком. При этом специалист старается, чтобы один из персонажей был из сказки, в которых мальчишки отличаются агрессивным поведением (Петрушка, Буратино и пр.) Затем играют в игру, предлагаемую родителем. В этом случае игра может воспроизводить некоторые семейные проблемы, и опять-таки специалист должен незаметно напра-

вить игру так, чтобы эти проблемы прозвучали. После обсуждения сыгранного свою игру предлагает специалист: обычно это та или иная конкретная ситуация, в которой ребенок вел себя агрессивно. Игра отражает ее с известной долей условности, и, конечно, персонажи действуют более адекватно и успешно, чем в повседневной жизни.

Для более старших детей (7-10 лет) чаще используется не игротерапия, а психодрама — сначала разыгрываются сюжеты, предложенные ребенком (обычно — что-либо из прочитанного или виденного в кино или по телевизору). Затем — сцены из реальной жизни семьи, предложенные родителями и/или специалистом, причем они должны включать в себя агрессивное поведение ребенка. Разыгрывается также и решение различных семейных конфликтных ситуаций, в которых агрессивно ведет себя не только ребенок, но и взрослые.

Очень важно, чтобы проводилось не простое «проигрывание» в прошлом ситуаций имевших место, а чтобы они неоднократно переигрывались с целью найти наиболее правильные варианты поведения всех их участников. Так же важно, чтобы, проигрывая ситуации, родители и дети менялись ролями — это помогает лучше осознать свое поведение в реальной жизни, а также способствует развитию у всех членов семьи не только навыков руководства, но и подчинения.

Таким образом, специалист не говорит родителям, как поступить и что делать для выхода из критических ситуаций, а предлагает наглядные модели их решения. После неоднократных совместных игр отношения родителей и ребенка заметно улучшаются, и они начинают лучше понимать друг друга. Кроме того, специалист каждый раз дает семье «домашнее задание» — провести аналогичные игры на определенные темы в домашней обстановке, а на следующем занятии проводит обсуждение впечатлений о сыгранном.

После совместной терапии родители относятся к детям более спокойно, внимательно, адекватно и последовательно. Как родители, так и дети могут лучше представить себя на месте друг друга, понять и изменить в нужную сторону свои отношения, что позволяет успешнее проводить дальнейшую индивидуальную психотерапию больного.

Таким образом, в процессе семейной терапии последовательно решаются проблемы агрессивного ребенка, производится коррек-

ция отношений между ребенком и родителями, а заодно — и между самими супругами. Объединяющим семью фактором становится совместная деятельность всех ее членов, направленная на помощь ребенку.

Достижение успеха семейной терапии происходит в результате:

- осознания родителями причин агрессивного поведения ребенка;
- паритетного участия всех членов семьи в процессе психокоррекции;
- выполнения рекомендаций специалиста;
- соблюдения мира в семье в период проведения коррекционных мероприятий;
- сочетания семейной терапии с индивидуальной и групповой формами помощи.

Рекомендуемая литература

1. *Захаров А. И.* Неврозы у детей и психотерапия. СПб., 1998.
2. *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1982.
3. *Игумнов С. А.* Основы психотерапии детей и подростков: Справочное пособие / Под ред. В. Т. Кондратенко. М., 2001. 176 с.
4. *Минухин С, Фишман Ч.* Техники семейной терапии. М., 1998.
5. Формы и методы профилактики детской и подростковой агрессии: Научно-методические рекомендации / Под ред. Н. М. Платоновой. СПб., 2003. 320 с.
6. *Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2003. 336 с.

Глава 5

ГРУППОВАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ

Групповую терапию рекомендуется проводить после семейной и индивидуальной терапии. Необходимыми условиями, позволяющими перейти к групповой терапии, являются: со стороны родителей — это улучшение семейных отношений, со стороны ребенка — доступное возрасту осознание неконструктивности своего поведения и снижение агрессивности в процессе индивидуальной работы или под воздействием медикаментозной терапии, для всех — заинтересованность в дальнейшем результате.

Групповая работа с подростками отличается от аналогичной работы со взрослыми тем, что одна из фаз работы группы — агрессия — длится здесь гораздо меньше, и дети намного быстрее переходят к следующей фазе — работоспособности.

Успешность применения групповой терапии (А. И. Захаров, 1982, 1996, 1998) зависит от:

- профессиональной подготовки специалиста и его личностных качеств;
- условий проведения терапии;
- правильного подбора группы;
- точного определения показаний для направлений пациента в группу;
- оптимальной тактики руководства группой.

i ^ чь^&ю&тшт?/№"^шг ц?а«я

При групповой работе с детьми и подростками используются те же принципы, что и со взрослыми людьми, но с учетом специфики возраста.

Цель групповой терапии состоит в восстановлении психического единства личности посредством нормализации ее отношений. Основная терапевтическая задача связана с эмоциональным отреагированием конфликтных ситуаций в группе и дезактуализациеи

угрожающих образов в сознании посредством их условного изображения в игре, упражнении, проигрывании сказки.

Снятие или уменьшение аффективно-тревожной напряженности в общении является необходимым условием для решения главной задачи групповой терапии — обучения, в которое входят выработка навыков адаптивного поведения, коррекция неблагоприятных черт характера и достижение более адекватной социализации.

В коррекционной группе ребенок/подросток видит себя в зеркале отношений, поступков и действий других детей при взаимодействии с ними. Он приобретает важную способность преодолевать тревожность и агрессивность, рассматривая себя глазами других.

Коррекционная группа должна воспроизводить условия, максимально напоминающие общение детей в реальной жизни, поэтому в нее должны включаться ребята с разными заболеваниями, разного возраста, темперамента, жизненными установками. Такая группа станет реальной моделью жизненных отношений, и это позволит ее участникам адекватно отобразить свои проблемы и конфликты и найти оптимальные пути их разрешения.

5.1. Цели и задачи групповой работы с агрессивными детьми

Основная цель групповой терапии агрессивных детей — снижение уровня агрессивности путем обучения навыкам адаптивного поведения.

Для достижения этой цели специалист в процессе коррекции должен решить следующие задачи:

1. Дать ребенку возможность осознать неконструктивность его агрессивного поведения.
2. Научить ребенка понимать переживания, состояния и интересы других людей.
3. Выработать у ребенка умение грамотно проявлять свои эмоции и сдерживать агрессивные реакции.
4. Сформировать навыки конструктивного разрешения межличностных конфликтов.

Выполнение этих задач дает возможность детям и подросткам снизить уровень агрессивности до приемлемого и таким путем добиться более адекватной социализации.

5.2. Показания к терапии и условия работы группы

Успешность групповой терапии зависит от учета клинических и психологических показаний. К ним относятся характерологические и аффективные нарушения, которые создают проблемы в межличностных отношениях и проявляются повышенной агрессивностью. Такими нарушениями являются эгоцентризм, неустойчивость самооценки, тревожно-мнительные черты характера, неадекватный уровень притязаний.

Детям с агрессивным поведением групповые занятия показаны только после проведения индивидуальной работы и/или медикаментозной терапии, в результате которых уровень агрессивности заметно снизился. Желательно, чтобы таких детей в группе было не более двух-трех человек.

Как уже отмечалось в главе 1, сложность работы с ребенком в группе зависит не от диагноза его заболевания, а от уровня агрессивности, выраженности патологических черт личности и желания и возможностей изменить свое поведение. Поэтому любому ребенку с агрессивным поведением можно рекомендовать групповую терапию, если для этого нет противопоказаний.

Противопоказаниями для групповой терапии агрессивных детей и подростков являются:

1. Отрицательное отношение ребенка или его родителей к этому методу.
2. Отсутствие успеха предварительной индивидуальной работы и/или медикаментозной терапии.
3. Сочетание агрессивности с двигательной расторможенностью, из-за чего поведение становится трудно контролируемым.
4. Наличие острой психотической симптоматики (бреда, rart[J] люцинаций и пр.). *
5. Сниженный интеллект до степени умеренной дебильности.

В клиническом отношении в группе не должны преобладать дети с тяжелым течением болезни, массивными органическими наслоениями и гиперактивностью, так как такая психопатологическая отягощенность не позволяет успешно строить терапевтические отношения.

А. И. Захаров (1982) выделяет два ведущих критерия формирования группы:

- разнообразие внутригрупповых связей при клинической и психологической совместимости ее участников;
- закрытый характер группы и отсутствие больных, проходящих повторный курс лечения. Детей, уже прошедших однажды цикл групповых занятий, при необходимости повторного лечения целесообразно включать

* в состав «продвинутых» групп.

Групповая терапия может проводиться как в амбулаторных, так и стационарных условиях. Амбулаторные курсы лечения имеют больше преимуществ, поскольку они осуществляются без отрыва детей от повседневной жизни. Это дает возможность непосредственно проследить действенность терапии и, при необходимости, подключить родителей. В этом случае групповая терапия превращается в семейно-групповую, в которой участвует несколько семей — дети, родители, другие родственники.

В стационарных условиях групповая работа проводится при госпитализации ребенка, показаниями к которой становятся его выраженное агрессивное поведение, неразрешимые семейные конфликты и/или асоциальное поведение взрослых членов семьи. По мнению А. И. Захарова, совместная терапия детей с родителями возможна только в амбулаторных условиях, однако наш опыт показывает, что это не так: проведение совместных занятий в стационаре возможно, хотя и встречает значительно больше организационных и психологических трудностей.

Групповые занятия могут проводиться в большом врачебном кабинете, зале для лечебной физкультуры, конференц-зале или в специальном помещении для игротерапии (так называемые «игровые комнаты»). Регулярные встречи в одном и том же помещении способствуют установлению в группе терапевтической атмосферы.

Основные нормативы, которыми целесообразно руководствоваться при проведении групповой терапии у детей и подростков, приведены в нижеследующей таблице.

Рекомендуемая частота занятий — от одного до трех раз в неделю. Минимальный курс должен содержать не менее 12—14 занятий на протяжении 1—1,5 месяцев, но в амбулаторных условиях жела-

Основные нормативы при групповой терапии детей и подростков (по А. И. Захарову, 1982, 1998; Walsh, 1997)[1]:

Возрастные границы, отражающие примерно одинаковый уровень социализации детей (лет)	4-5	5-7	7-9	9-11	11-14
Оптимальная численность детей и группе	4	4-6	6	6-8	8-10
Продолжительность групповых занятий (в минутах)	45	45-60	60	60-90	90

%лт&шъ.** х&ляъ^ *«S*BS·*~ * 4*-s-*Kassfc--* • «. ятNºP&* •» ##™ -»V sb*< <&<*« шя***

тельно проводить 24 или даже 42 занятия в течение 3—6 месяцев. Наш опыт показывает, что более или менее отчетливо фиксируемый тестами результат появляется только после проведения курса из 12—16 занятий. В стационаре нередко приходится проводить меньшее количество занятий (8—10), но тогда цель терапии становится другой: не осознание неконструктивности агрессивного поведения и серьезная перестройка его стереотипов, а снижение агрессивности за счет эмоциональной разрядки, а также структурирование времени в унылых больничных условиях.

Относительно полового состава группы ученые высказывают разные мнения: так, Н. Ю. Максимова и Е. Л. Милютина (2000) считают, что дошкольники могут заниматься в разнополой группе, а подростки — в однополой. А. И. Захаров (1995) полагает, что все группы, независимо от возраста, могут быть однополыми. Наш опыт позволяет согласиться скорее с первым мнением, хотя работа со смешанными подростковыми группами значительно труднее.

Родители детей младшего возраста (до 10 лет) могут периодически присутствовать на занятиях, родители подростков — только если они сами занимаются в этой группе вместе с детьми.

Специально одеваться для групповой терапии не нужно — дети могут быть в обычной одежде, в которой они чувствуют себя свободно, и желательно в спортивной обуви. Если в структуру занятий входят психогимнастические упражнения с большим количеством движений и телесных контактов, необходимо проверить, чтобы на детях не было предметов, которые могут нанести повреждения им самим и другим членам группы.

[1] Цит. по: *Игумнов С. А.* Клиническая психотерапия детей и подростков. Минск, 1999.

5.3. Организация групповой работы

Работу группы целесообразно планировать и проводить поэтапно, постепенно решая возникающие организационные проблемы.

1. *Определение целей и задач предстоящей группы*

Чаще всего специалисту приходится работать с разными людьми из окружения ребенка: кроме детей и родителей в школах в работу могут включаться учителя и администрация, в медицинских учреждениях — врачи и средний медперсонал. На этом этапе необходимо точно определить, какой контингент будет привлечен к работе, каковы ее цели и какими методами будет достигаться результат.

2. Подготовка программы групповой работы

После определения контингента и методов работы пишется программа, в которой должны быть сформулированы цели, задачи и содержание предстоящей групповой работы. Она помогает уяснить для себя и предложить родителям, учителям, коллегам и администрации учреждения конкретный план работы.

Программа групповой работы включает в себя

- цели и задачи курса терапии;
- предполагаемые численность и состав группы;
- частота и продолжительность занятий;
- место проведения занятий и его оформление;
- расписание и планы каждого занятия;
- необходимые материалы для проведения занятия.

Примерный проект подобной программы приводится в Приложении 1.

План обычно состоит из трех основных частей: вводная часть (разогрев), рабочее время и обсуждение.

Для того чтобы впоследствии определить достигнутые результаты, очень важно правильно подобрать методы психодиагностики группы. У специалиста должна быть возможность измерять следующие показатели: уровень агрессии, общее эмоциональное состояние детей, изменение установок и отношений к близким и товарищам, интереса к занятиям и другие. Оценку эффективности работы можно проводить с помощью анкет, опросников, проективных методов либо тестированием участников. Важно, чтобы в те-

чение цикла занятий применялись одни и те же диагностические методики[1].

3. *Отбор участников в группу*

Будущие члены группы должны отбираться в соответствии с уже определенными в программе социальными, клиническими и демографическими параметрами. Агрессивные дети обычно включаются в гетерогенные группы — как указывалось выше, ребята в этих группах различны по полу, возрасту, жизненному опыту и психическому состоянию.

Специалист должен получить от каждого ребенка согласие на участие в групповой работе. При этом он должен правильно оценить степень искренности желания ребенка (например, согласие заниматься может быть дано под сильным нажимом родителей).

Процедура отбора может быть организована несколькими способами:

- в виде индивидуального собеседования;
- в виде беседы на собрании потенциальных участников;
- в виде опроса будущих участников (можно предложить им письменно ответить на ряд вопросов).

4. *Подготовка материалов*

Оформлению помещения и подбору материалов для групповой работы следует уделять особое внимание. Для проведения самой групповой терапии обычно достаточно нескольких стульев, поставленных по кругу. При применении релаксационных и визуализационных техник желательно иметь небольшой магнитофон и набор соответствующих кассет. Само помещение может быть оформлено художественно: стены украшены рисунками детей, на стеллажах могут находиться куклы и маски, изображающие людей и сказочных персонажей, игрушечные предметы домашнего обихода, макеты домиков, деревьев.

У школьников в игровом помещении могут стоять парты и доска для письма, воспроизводящие обстановку учебного класса. Наш опыт

[1] Очень полно и хорошо методы диагностики приведены в книге: Формы и методы профилактики детской и подростковой агрессивности / Под ред. Н. М. Платоновой. СПб., 2003.

показывает, что детям привычнее и удобнее заниматься в своих учебных классах. Специалист должен знать, какие материалы, могут, понадобиться ему в процессе работы для построек, рисования и лепки, и позаботиться о том, чтобы иметь их до начала занятий.

5. *Проведение занятий*

Каждое занятие состоит из трех основных частей: вводной (разминка или разогрев), основной (рабочее время) и завершающей.

При работе с подростками необходимо учитывать следующие моменты:

- активность ведущего занятий;
- наличие эмоционального компонента;
- присутствие игрового компонента;
- относительно небольшая продолжительность занятий — (45—90 минут);
- необходимость учитывать возникновение таких ситуаций, как споры и ссоры, нарушение конфиденциальности, образование группировок, массовый выход из группы. Подробнее эти моменты рассматриваются ниже.

6. *Проведение заключительного тестирования*

На последнем или предпоследнем занятии ведущий проводит последнее тестирование, для того чтобы зафиксировать появившиеся изменения в установках, поведении и настроении участников группы. Методы обследования группы нужно планировать заранее, чтобы собрать ту информацию, которая необходима.

7. *Оценка результатов*

После завершения работы группы перед специалистом встает задача мониторинга. Ему необходимо провести обзор своей работы с группой и понять, достигли он намеченных целей, какие изменения следует внести при планировании последующих групп.

Не обязательно рассматривать нижеуказанные этапы как нечто незыблемое. В зависимости от ситуации можно объединить несколько этапов в один или изменить их последовательность.

5.4. Динамика группы

Как и у взрослых, развитие детской группы проходит четыре этапа.

I. *Начальная стадия (стадия знакомства).* На этой стадии на поведении детей сказывается настороженность, вызванная необходимостью их участия в предстоящей групповой работе. Как правило, детей тревожит следующее:

- Будет ли доверительной обстановка в группе?
- Как они будут приняты остальными членами группы?
- Что такое групповая работа и каковы здесь «правила игры»?
- Как надо себя вести, чтобы понравиться ведущему и другим членам группы?
- Как будут складываться их взаимоотношения с другими детьми?

II. *Переходная стадия (стадия конфронтации).* В детских и подростковых группах эта стадия несколько отличается от аналогичной в случае работы со взрослыми. Дети гораздо быстрее переходят к данному этапу работы. Здесь они, как правило, находят для себя ответы на следующие вопросы:

- Способен ли ведущий оказать помощь в решении их проблем?
- Является ли группа достаточно безопасным местом для выражения более серьезных чувств?
- Можно ли свободно высказывать свое мнение о других и принимать их мнение о себе?
- Каковы мои цели здесь и способы их достижения?

Уже на этой стадии дети осознают, что остальные участники группы тоже имеют проблемы.

III. *Рабочая стадия (стадияработоспособности).* Для нее характерны следующие особенности:

- Дети начинают рассказывать о своих попытках применить полученные знания на практике.
- Все участники уже придерживаются правил групповой работы, слушают друг друга. Сплоченность группы вырастает.
- У подростков появляется способность работать непосредственно с происходящим в группе, «здесь и теперь».
- Подростки могут попросить помощи у других членов группы и воспользоваться полученной обратной связью.

IV. *Завершающая стадия (стадия умирания группы).* Этот этап уникален и должен быть подготовлен со всей тщательностью. При этом следует:

- Незадолго до конца групповой работы попросить детей оценить, насколько удачно они поработали, что еще им следует сделать.
- За два—три занятия до конца напомнить им о скором завершении работы в группе.
- На последнем занятии кратко повторить все вопросы, которые обсуждались на предыдущих занятиях.

5.5. Проведение групповой терапии с младшими детьми

По А. И. Захарову, процесс занятия групповой терапии с детьми складывается из четырех взаимно перекрывающихся этапов: объединение детей в группу, рассказы, игры, обсуждения.

1. *Объединение детей в группу*

Основная цель этапа — снятие напряженности, скованности и затруднений в общении, связанных с пребыванием среди незнакомых детей в часто незнакомом помещении. Некоторые дети не могут играть: из-за страхов, отсутствия спонтанных игр дома (они просто не умеют), жестко ограничивающего характера воспитания. А. И. Захаров считает, что на этом этапе ведущему группы необходимо объединить детей для выполнения поставленных целей и задач и стараться нивелировать их излишнее напряжение. Ему необходимо быть достаточно мягким, чтобы создать в группе атмосферу безопасности и принятия, и иногда не только идти навстречу активности детей, но и уступать им в некоторых вопросах.

При правильном ведении группы в ней устанавливается атмосфера доверия, безопасности и откровенности, объединяющая всех участников. Последние начинают делиться своими переживаниями, мыслями, фантазиями и уже на этом этапе могут отреагировать свои отрицательные эмоции и агрессию. Особенность структуры занятий этой стадии состоит в том, что большое внимание уделяется разминке, которая может занимать почти треть всего времени. В качестве такого «разогрева» целесообразно использовать простые игры с преобладанием движения и экспрессивного выражения эмоций. Упражнения должны быть преимущественно направлены на синхронизацию, взаимодействие, доверие, а также на

движение и развитие реакции (их примерный перечень см. в Приложении 2). Применяются и обычные игры, которые дети нередко используют на школьных переменах, в походах и во дворе: «жмурки», «кошки-мышки», «пятнашки», «петушиный бой», а также различные эстафеты. Если во время предварительной индивидуальной работы заранее было оговорено поведение детей в группе, то агрессивные ребята, как правило, не утрачивают над собой контроль и не «срываются» на окружающих.

Постепенно чисто двигательная часть занятия уменьшается, а освободившееся время занимают игры. Маленькие дети могут играть в кукол, старшие — разыгрывать ролевые игры с сюжетами из книг, фильмов и пр. Об окончании этого этапа можно говорить, когда дети уже могут играть все вместе безо всякого вмешательства специалиста. Следует учесть, что в качестве побочного эффекта почти всегда происходит повышение эмоциональной и двигательной активности ребят, вызванное отреагированием подавленных эмоций. Нередко это имеет вначале отрицательные последствия: родители, учителя и средний медицинский персонал оценивают такие изменения в их поведении негативно, и только грамотные и спокойные разъяснения специалиста могут предотвратить наказания, а то и прекращение терапии. Дальнейшее улучшение поведения детей обычно заставляет взрослых «сменить гнев на милость» и по-новому оценить происшедшие изменения.

2. *Рассказы*

Дети сочиняют дома небольшие рассказы продолжительностью 10—15 минут и затем зачитывают их в группе по очереди. Сначала темы этих рассказов не лимитируются, но специалист должен внимательно следить за содержанием «сочинения» того или иного ребенка, поскольку дети неосознанно выражают в них свои чувства, фантазии и установки. Это позволяет лучше понять внутренний конфликт ребенка и его защитные установки. Затем детям предлагается сочинять рассказы на более конкретные и значимые для них темы: отношения детей и родителей, сверстников между собой, школьные проблемы, болезни, страхи, конфликты, проявления агрессии. Это позволяет детям воспроизвести переживания ситуаций, касающихся их непосредственно. Данный этап выполняет две функции:

- он позволяет детям актуализировать, сформулировать и высказать свои проблемы, а, значит, и отреагировать негативные эмоции;

- он позволяет несколько организовать детей и умерить их двигательную и эмоциональную активность, которая была «разбужена» предыдущим этапом.

3. *Игра*

Основное значение игры состоит в отреагировании страхов и агрессивности, улучшении процесса принятия и проигрывания ролей, преодолении психологических барьеров общения. Вначале проводятся игры на темы, предлагаемые только детьми. Они сами придумывают сценарии, могут использовать в качестве таковых рассказы, сочиненные ими на предыдущем этапе. Такая тактика способствует развитию инициативы ребят, естественности и взаимодействия, лучшему вхождению в игровой образ. Уже на этом этапе можно ввести элементы арт-терапии, попросив детей вылепить или нарисовать отдельные ситуации или персонажей рассказов.

Позже можно разыгрывать сюжеты сказок, ситуаций из жизни, которые происходили или могли бы произойти в другое время, в другом месте и с другими людьми. Наиболее пользующиеся успехом ситуации — «Необитаемый остров», «Праздник» и «Осада крепости». Очень полезно проигрывать так же ситуации, в которых при предварительной беседе было выявлено наиболее конструктивное поведение того или иного ребенка. Оптимальная продолжительность игр — для дошкольников 30 минут, для школьников — 45 минут, для старших подростков — до 60 минут. Завершить игры можно также серией подвижных тренинговых упражнений: «Деление по признаку», «Отправление поезда», «Прорвись в круг», «Догнать идущего впереди», «Маневровый паровоз», «Тюрьма», «Таможенники и контрабандисты».

Специалист вначале не руководит игрой, предоставляя эту возможность детям. Он может участвовать наряду со всеми, но не должен прерывать детей и делать им замечания (если, конечно, они не проявляют агрессивных тенденций, излишней авторитарности или умаления достоинства других). Специалист предлагает свои сценарии игр наряду со всеми, но он должен подавать их в определенном порядке: сначала сказки, затем условные, стереотипные ситуации (человек не сдержал слово, помог незнакомому, защитил слабого, ошибся, испугался и пр.), и потом — реальные ситуации, происходившие с участниками группы (не сообщая, разумеется, имени того, кто является реальным прототипом). Когда наступает очередь разыгрывать его ситуации, специалист должен назначить

на главные, авторитетные роли самых слабых, изолированных, неуверенных или отвергаемых детей, давая им возможность попробовать себя в тех ролях, которые они никогда не выполняют в жизни. Вне игры специалист по-прежнему руководит группой, определяя порядок и длительность занятий.

4. *Обсуждение*

Это заключительный этап, направленный на закрепление результатов занятий, дальнейшее расширение самосознания и возможностей детей. В группе дошкольников его значение меньше, поэтому на занятиях на него нужно тратить немного времени — 10—15 минут. Для подростков обсуждение играет важную роль и должно длиться дольше — 15-25 минут. Здесь рассматриваются такие темы, как отношение к родителям, учителям, окружающим, ответственность, потребности и возможности, чувство дружбы, зависимость и пр.

5.6. Алгоритм групповой работы с подростками

Работу с агрессивными подростками рекомендуется строить определенным образом:

Упражнение	Тема для обсуждения
1. Активизация самосознания. Упражнения на осознавание себя	*ЧТО было легко вербализовывать, что - сложно?*
2. Принятие своих негативных качеств (в том числе и агрессии). Каковы эти качества (попросить назвать их), от каких из них хотелось бы избавиться, как оценивается собственная агрессивность?	*Легко или трудно назвать качества, от которых хотелось бы отказаться?*
3. Актуализация негативного опыта. В каких ситуациях появлялись агрессивные эмоции, когда эти чувства возникали в последний раз и как проявлялись?	*Какие способы разрядки своих отрицательных эмоции вы используете чаще всего?*
4. Осознавание и выражение своего отношения к агрессивному поведению. В какой форме подростки проявляют агрессию, стараются ли ее сдерживать или всегда позволяют прорваться наружу. Как они относятся к ней: боятся или наслаждаются?	*Как вы оцениваете свое прежнее поведение здесь и сейчас?*
5. Изучение мотивов своего агрессивного поведения, вербализация чувств. Что не нравится в поведении людей, которые вызывают агрессивные реакции?	*Легко ли определить, на что сердишься, какие чувства испытывал в момент рассказа и какие сейчас?*

Упражнение	Тема для обсуждения
6. Выбор наиболее приемлемых способов разрядки гнева и агрессии. Тренинг поведения в ситуациях, вызывающих проявление агрессивных реакций. Проведение ролевых игр, в которых разыгрываются бывшие в прошлом реальные конфликтные ситуации, в которых, как правило, проявлялась агрессия	*Удавалось ли контролировать агрессию и каким образом, что помогало сдерживаться и что мешало? Каково самочувствие в конце занятия?*
Закрепление конструктивных способов поведения. Тренинг поведения в ситуациях возможных будущие конфликтов	*Какие способы сдерживания агрессии и конструктивного проявления эмоций вы будете использовать в дальнейшем, какие стратегии поведения кажутся вам более предпочтительными, какие способы разрядки эмоций после конфликта наиболее приемлемы?*

5.7. Проблемные ситуации, возникающие в группе

Наиболее частыми проблемами при работе с подростками и детьми являются случаи нарушения конфиденциальности, образование группировок, ссоры и драки.

5.6.1. *Нарушение конфиденциальности*. Представляет собой серьезную проблему, поскольку вся групповая работа основана на доверительных отношениях и, в частности, на убеждении, что никто из группы не расскажет остальным о том, что происходит на занятиях. Без доверия самораскрытие невозможно. Дети и подростки, имеющие проблемы с доверием, очень настороженно относятся к людям, которые знают о них что-то, с их точки зрения, существенное. Для таких детей группа представляется весьма ненадежным местом. Поэтому во время подготовки к групповой работе необходимо уделить внимание вопросам доверия: обсудить с участниками группы аспекты конфиденциальности, обозначить ее границы.

5.6.2. *Группировки*. Это небольшие подгруппы подростков, которые приходят с уже установившимися отношениями, либо устанавливают какие-то свои особые отношения во время занятий. Группировки по своей природе имеют обособленный характер и могут отрицательно влиять на процесс создания доверительной атмосферы и сплоченности группы. Иногда они могут оказывать и благоприятное воздействие на группу в целом, поскольку пред-

полагают достаточно сильное чувство сплоченности. Формирование группировок обычно происходит уже на начальном этапе групповой работы. Желая получить признание со стороны значимых для них членов группы, дети начинают ориентироваться на них.

Для школьников среднего и старшего возраста крайне важно быть принятыми в их социальной роли и статусе. Поэтому при формировании группы они сразу же начинают маневрировать в поисках своего места. В этих условиях между членами группировки и всеми остальными может разгореться конфликт, разрешение которого может способствовать созданию действительно сплоченной атмосферы в группе. С учетом этих особенностей важно использовать группировки для уничтожения барьеров, а не пытаться расколоть или не замечать их.

5.6.3. *Споры и ссоры*. Споры являются нормальным и распространенным явлением в групповой работе, поскольку в межличностном общении часто возникают различные мнения по обсуждаемым вопросам. Однако дети и подростки зачастую не владеют ни вербальными способами выражения несогласия, ни способами разрешения конфликтов. Споры в группе — это очень сильный инструмент терапии. Во-первых, они могут использоваться для того, чтобы обучать детей конструктивным методам разрешения конфликтов. Во-вторых, в спорах проявляются сильные эмоции — та энергия, на которой основано взаимодействие между детьми. Эти эмоции можно использовать для углубления взаимоотношений между ними, для определения их собственной позиции или стимулирования попытки разобраться с собственными мыслями и чувствами.

Ссоры могут возникать из-за попытки захватить контроль над группой, жаждой мести, желания обратить на себя внимание ведущего и/или остальных членов группы.

Для уменьшения агрессивности во время спора или ссоры можно применять подходы, предполагающие выработку некоторых навыков, например, технику мозгового штурма. Хорошей альтернативой агрессии являются приемы совладания со стрессом, например, релаксация. Наконец, можно использовать положительное давление на ссорящихся со стороны их сверстников.

5.6.4. *Массовый выход из группы* может быть спровоцирован решением одного ребенка прекратить занятия (причем не обязательно из числа друзей или хороших знакомых). Наиболее тревожные

и неуверенные в себе дети вслед за ним также могут решить прекратить занятия. Когда группу покидает второй или третий ребенок, необходимо провести открытое обсуждение причин их страхов и беспокойства. После этого разговора, возможно, следует пересмотреть индивидуальные цели каждого участника, для того чтобы сделать их более реальными и приемлемыми.

Многие дети просто не представляют, как изучить новые способы поведения и изменить самих себя. Эта неизвестность вызывает у них рост тревожности. Нередко у ребят появляется желание уйти, когда они через два-три занятия осознают, что другие осваивают новые модели поведения, а они нет.

Еще одна причина выхода из группы — появление признаков *лабилизации* — переживание неадекватности своего агрессивного поведения и неумения его перестроить. Она бывает разной степени интенсивности — от легкой тревоги до панического страха и, кроме тревоги, порождает чувства стыда, вины, раздражения, неуверенности. Чем более неадекватна самооценка (завышена или занижена), тем сильнее лабилизация[1]. Это своеобразная проверка психической устойчивости личности и ее способности к адаптации в стрессовых условиях. Обычно человек не хочет лабилизации и защищается от нее; справиться с ней помогает атмосфера доброжелательности, доверия и безопасности, создаваемая и поддерживаемая во время работы всей группы.

Рекомендуемая литература

1. Агрессия детей и подростков / Под ред. Н. М. Платоновой. СПб., 2004. 316 с.
2. *Желдак И. М., Игумнов С. А.* Групповая психотерапия эмоциональных и поведенческих расстройств в детском возрасте. Методические рекомендации. Минск, 1997.
3. *Захаров А. И.* Опыт группой психотерапии при неврозах детского подросткового возраста. Л., 1986.
4. *Игумнов С. А.* Основы психотерапии детей и подростков: Справочное пособие / Под ред. В. Т. Кондрашенко. М., 2001. 176 с.
5. *Смид Р.* Групповая работа с детьми и подростками. М., 1999,
6. Формы и методы профилактики детской и подростковой агрессии: Научно-методические рекомендации / Под ред. Н. М. Платоновой. СПб., 2003. 320 с.

[1] *Форверг М., Альберг Т.* Характеристика социально-психологического тренинга поведения // Психологический журнал. 1984. № 4. С. 57.